



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2004

**La mise en œuvre d'une politique de
GPEC : l'exemple du Centre Hospitalier
de Haguenau**

Mathieu ROCHER

Remerciements

Plusieurs personnes ont, à un titre ou à un autre, participé ou collaboré à l'élaboration de ce mémoire :

Monsieur Dominique MAYER, Directeur adjoint en charge de la Qualité, des coopérations et des Affaires juridiques au Centre Hospitalier de Haguenau, maître de stage (pour sa patience et ses conseils avisés) ;

Monsieur Joseph SLADEK, Directeur adjoint aux Ressources Humaines et aux Affaires Médicales au Centre Hospitalier de Haguenau (pour son soutien, son apport méthodologique et sa disponibilité) ;

Madame Chantal JEANMOUGIN, Directrice des Soins au Centre Hospitalier de Haguenau (pour son expérience et son regard critique) ;

Monsieur Jean-Marc ZIEGLER, Attaché d'Administration Hospitalière à la DRH du Centre Hospitalier de Haguenau (pour ses connaissances pratiques et son sens pédagogique) ;

Et, bien entendu, Monsieur Bruno DONIUS, DRH du CHRU de Lille, qui a bien voulu accepter la charge de l'encadrement de ce mémoire.

Qu'elles en soient toutes remerciées.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : D'UNE APPROCHE CONCEPTUELLE A DES ENJEUX OPERATIONNELS.....	5
1. GENESE ET EMERGENCE DE LA NOTION DE GPEC.....	5
1.1. Du secteur industriel.....	5
1.1.1. Aux origines : la gestion prévisionnelle des effectifs.....	6
1.1.2. D'une gestion prévisionnelle des effectifs à une gestion prévisionnelle des compétences.....	6
1.2. ... à la sphère publique.	8
1.2.1. Une Administration en quête d'efficience.....	8
1.2.2. La très progressive émergence d'une GPEC à l'hôpital public.....	10
2. Définition de la notion et des concepts associés.....	12
2.1. GPEC, GPPEC ou GPEEC ?.....	12
2.2. Tentative de définition	12
2.3. La sémantique associée à la GPEC	13
La compétence.....	13
Le métier	15
Les métiers « sensibles »	16
L'emploi	16
La fonction.....	17
Le poste de travail.....	17
Le corps et le grade.....	17
3. Une GPEC aux multiples facettes.....	18
3.1. Une perspective quantitative ou qualitative ?	19
3.2. La GPEC : simple pompier ?.....	19
3.3. De l'individuel au collectif	20
3.4. La GPEC : une gestion « humaine » mais aussi financière de la ressource humaine.....	20
3.5. Une approche nécessairement combinée	21
4. Plaidoyer pour la mise en œuvre d'une politique de GPEC : des enjeux essentiels pour les établissements publics de santé	21
4.1. Un défi pour le futur : anticiper le choc démographique	21

4.1.1	Chronique d'un choc annoncé	22
4.1.2	Une situation locale plus nuancée	23
4.2.	Des incitations externes importantes	24
4.3.	La démarche qualité et l'impact de l'accréditation	24
4.4.	En filigrane, un enjeu fondamental : satisfaire aux missions essentielles d'un établissement public de santé	27
PARTIE 2: EMERGENCE DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE GPEC AU CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU		28
1.	l'importance de la dimension stratégique	28
1.1.	Les liens entre stratégie et GPEC	28
1.1.1.	Peut-on parler de maîtrise des orientations stratégiques dans le domaine hospitalier ?	28
1.1.2.	Le projet d'établissement : axe fondateur de la vision stratégique à l'hôpital	29
1.1.3.	La GPEC, créateur de lien entre vision stratégique et gestion des ressources humaines	30
1.1.4.	De la nécessité d'une vision stratégique pour l'élaboration d'une politique de GPEC	30
1.2.	Une démarche « descendante » de GPEC au Centre Hospitalier de Haguenau	31
2.	L'impulsion donnée par le Projet d'établissement	33
2.1.	Le contexte général	33
2.2.	Les grandes orientations du Projet d'établissement en matière de GPEC	34
2.2.1.	Une nécessaire clarification des fonctions des agents	34
2.2.2.	La politique de promotion professionnelle	35
2.2.2.1.	La promotion professionnelle : un outil d'anticipation et de valorisation du personnel	35
2.2.2.2.	Les objectifs assignés à l'établissement	36
2.2.3.	La mobilité comme instrument de la GPEC	36
2.2.4.	Les métiers sensibles	37
2.2.4.	Les glissements de tâches	39
2.2.4.1.	Une problématique lourde de conséquences	39
2.2.4.2.	Les objectifs du Centre Hospitalier en la matière	40
2.2.6.	L'accueil des nouveaux agents	41
2.2.7.	La formation continue	41
2.3.	Le COM : outil complémentaire de prospection	42
2.3.1.	Le renforcement des effectifs de base des unités de soins	42

3.	Deux exemples de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.....	45
3.1.	L'absentéisme du personnel non médical	45
3.2.	La politique de renforcement des secrétariats médicaux.....	47
PARTIE 3 : LIMITES ET ENSEIGNEMENTS DE L'EXPERIENCE.....		50
1.	Etat des lieux de la démarche menée	50
1.1.	L'évaluation des objectifs du projet social	50
1.1.1.	Des efforts certains en matière de clarification des fonctions des agents	51
1.1.2.	Un bilan de la politique de promotion professionnelle.....	51
1.1.2.1.	Un aléa difficilement maîtrisable	51
1.1.2.2.	De nécessaires aménagements	52
1.1.3.	La mobilité : un objectif difficile à satisfaire.....	53
1.1.4.	La thématique des emplois sensibles : une absence d'objectifs clairs en ce domaine	53
1.1.5.	Les glissements de tâches.....	54
1.1.6.	L'accueil des nouveaux agents	55
1.2.	Une évaluation externe de la démarche GPEC : l'accréditation	55
1.2.1.	Les résultats de la démarche d'accréditation en matière de GPEC	56
2.	La réussite d'une politique de GPEC : face aux incertitudes, mettre toutes les chances de son côté.....	58
2.1.	LA GPEC en proie aux incertitudes	58
2.1.1.	La tarification à l'activité : quelle lisibilité pour une politique de GPEC ?	58
2.1.2.	Le devenir des COM et leurs conséquences sur les politiques de GPEC : un « dommage collatéral » de la réforme T2A ?	59
2.1.3.	Les évolutions réglementaires et leur impact sur le démarche GPEC	60
2.2.	Les conditions de réussite d'une démarche de GPEC : analyse de l'exemple hagenovien.....	60
2.2.1.	L'indispensable partage de l'information	61
2.2.2.	La nécessaire implication de tous les acteurs.....	63
2.3.	En filigrane, le schéma type d'une démarche GPEC	65
3.	Des pistes d'amélioration envisageables.....	66
3.1.	La généralisation des outils indispensables	66
3.2.	Une plus grande prise en compte de l'aspect individuel de la GPEC.....	69

3.3. L'intégration du corps médical dans la définition d'une nouvelle politique de GPEC.....	70
3.4. La mise en perspective de la GPEC avec les outils de la démarche qualité	71
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE.....	75
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASH : Agent des Services Hospitaliers
CHH : Centre Hospitalier de Haguenau
CME : Commission Médicale d'Etablissement
COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRH : Direction des Ressources Humaines
DSSI : Direction du Service des Soins Infirmiers
EPRD : Etablissement Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FASMO : Fonds d'Accompagnement Social pour la Modernisation des établissements de santé
GHS : Groupes Homogènes de Séjours
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPPEC : Gestion Préventive et Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GRH : Gestion des Ressources Humaines
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IDE : infirmier diplômé d'Etat
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ISA : Indicateur Synthétique d'Activité
PE : Projet d'Etablissement
PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TAA ou T2A : Tarification A l'Activité
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

« Il n'y a de richesses que d'hommes »

Jean Bodin

Le Centre Hospitalier de Haguenau est un établissement hospitalier général de 560 lits et places, répartis sur trois sites. Etablissement de référence du secteur sanitaire n°1 (Nord Alsace), il se situe dans un bassin de santé fortement et densément peuplé et caractérisé, de surcroît, par un fort dynamisme démographique (13 % d'augmentation de population entre les deux recensements de 1990 et 1999). Cet accroissement de population s'est, naturellement, accompagné d'une forte évolution des besoins sanitaires du secteur. Les moyens d'hospitalisation du CHH se sont développés parallèlement à cette évolution, faisant une place plus importante aux admissions en urgence, ainsi qu'à des pathologies liées à la structure de la population desservie : prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, création d'une unité de chimiothérapie, restructuration du Service d'Accueil des Urgences et mise en place d'une unité de prise en charge des urgences pédiatriques, extension et renforcement du plateau technique d'imagerie et de cardiologie dans ses composantes invasives et non invasive, mise en place d'une équipe mobile de soins palliatifs en plus de l'unité d'hospitalisation déjà existante, enfin, instauration d'un service de soins infirmiers à domicile.

Fort de cette diversification de ses activités de prise en charge, l'établissement a réalisé, en 2003, 105 293 journées d'hospitalisation et 156 509 consultations - soit 8 000 de plus qu'au titre de l'année 2002, et produit un total de 29 093 553 de points ISA. L'ensemble de ces activités est assuré par près de 1400 agents, et génère un budget annuel d'exploitation de plus de 70 millions d'euros.

Les évolutions qu'a connues le Centre Hospitalier de Haguenau depuis une décennie, au travers d'un effort de constante adaptation aux besoins de la population, comme aux contraintes réglementaires, sont symptomatiques de ce qu'est le monde hospitalier actuel, traversé de convulsions réformistes permanentes qui obligent les institutions et, surtout, les personnes qui les composent et les font vivre, à évoluer. L'actualité récente regorge d'illustrations en la matière, de la réduction du temps de travail

à l'accréditation, de la réforme de la gouvernance hospitalière à la tarification à l'activité, le système de santé français est, sans conteste, à l'image de la société qu'il soigne : changeant et à l'avenir imprévisible, en proie aux doutes comme aux incertitudes. Ainsi, et au fur et à mesure que les missions de l'hôpital public évoluent, se diversifient et se complexifient, les modes d'exercice professionnel changent en son sein. Le développement du travail à temps partiel, la modification du contenu de certains emplois, l'augmentation régulière des effectifs constituent quelques uns des enjeux que doivent désormais prendre en compte les managers hospitaliers, comme ceux du secteur industriel, dans la gestion quotidienne des ressources humaines.

La situation à laquelle l'hôpital public est actuellement confrontée ressemble, et nous y reviendrons par la suite, à la crise qu'eurent à traverser les grandes entreprises industrielles françaises, des décennies 1970 – 1980 : concurrence exacerbée, prédominance de la main d'œuvre dans le processus productif et difficultés financières, affectent profondément la gestion quotidienne de cette honorable institution.

Prendre en compte et anticiper ces mutations dans une structure où le personnel représente plus des deux tiers des dépenses d'exploitation et où, paradoxalement, il constitue la principale richesse, c'est précisément l'objectif à la réalisation duquel doit tendre la gestion des ressources humaines hospitalières actuelle. Car, et c'est sans doute ici que s'arrête la comparaison qu'il pourrait être tentant de réaliser entre l'entreprise industrielle et l'hôpital, ce dernier participe à la mise en œuvre d'un service public, et non des moindres puisqu'il est de ceux que l'on pourrait qualifier d'obligation fondamentale de l'Etat. Assujetti à des règles de fonctionnement spécifiques et à une obligation de continuité de service, il ne peut se permettre de réduire ses coûts en abaissant le niveau de qualité des soins dispensés voire - pourquoi pas ? – en cédant aux sirènes de la délocalisation Est européenne. Pour surmonter ces obstacles et assurer au mieux les missions essentielles de l'institution, la gestion des ressources humaines doit constamment s'adapter, évoluer, innover dans ses pratiques et ses outils. Les premières tentatives pour satisfaire à ces impératifs aboutirent, au Centre Hospitalier de Haguenau, à l'élaboration d'une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, effectivement opérationnelle depuis 2001.

La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences apparaît en effet comme un outil essentiel d'adaptation des moyens humains de l'hôpital à ses besoins, actuels et futurs, en ce qu'elle donne aux décideurs hospitaliers une vision prospective des mutations internes que devra connaître la structure.

Le contexte spécifique du Centre Hospitalier appelle quelques observations. Les cinq années qui arrivent s'annoncent particulièrement stratégiques pour l'établissement. Celui-ci va en effet entamer une mutation interne importante, qui va requérir un effort considérable de la part de l'ensemble du personnel comme de ses financeurs. Outre les nécessaires adaptations que ne manqueront pas d'induire la mise en oeuvre de la tarification à l'activité et de la classification commune des actes médicaux, le plan directeur du CHH prévoit la restructuration complète du plateau technique, dans ses composantes blocs opératoire et obstétrical, stérilisation et réanimation, dont la réalisation va profondément modifier la structure interne de l'hôpital.

Les modes de gestion traditionnellement utilisés par la Direction des Ressources Humaines de l'hôpital étaient essentiellement centrés sur la gestion administrative du personnel (gestion des carrières et des dossiers administratifs des agents, établissement et suivi des fiches de paie). Or, les projets précités, à l'instar du fort accroissement des effectifs de l'hôpital et de l'extension de ses domaines d'intervention, nécessitent d'anticiper les conséquences en terme de prise en charge du patient et d'habitude de travail des personnels. Le caractère impérieux du recours à la GPEC, quelle que soit la forme que la démarche puisse revêtir, s'est d'autant plus imposé à l'équipe de Direction du Centre Hospitalier que la mise en oeuvre de ces projets va considérablement impacter ces deux aspects.

Ainsi, et c'est là l'une des originalités de l'expérience haguenvienne, la politique engagée à ce titre se mit, délibérément, au service d'une stratégie d'ensemble de gestion novatrice des ressources humaines. L'objet de cette étude est précisément de rendre compte de cette démarche, tout en la remettant en perspective avec ce qui a pu la justifier. Car une telle politique ne vaut que par les objectifs qu'elle sert, que par les enjeux auxquels elle répond dans un contexte des plus mouvants. L'ambition de ce mémoire réside donc dans l'identification des spécificités du CHH à l'égard de la GPEC, et se place dans une approche pédagogique en tentant d'isoler certaines des conditions qui peuvent en faciliter la mise en oeuvre, tout en démontrant les relations qui peuvent exister entre GPEC et démarche qualité. Le rôle du Directeur d'hôpital dans ce contexte est clair : initiateur de la démarche, il doit également en être l'animateur volontaire et éclairé. Il en va de la pérennité de la politique mise en oeuvre comme de sa crédibilité personnelle. Car s'intéresser au facteur humain à l'hôpital revient à s'engager sur ce qui constitue le cœur de métier de l'institution : l'Homme.

Ce cheminement nous amènera à cerner davantage le concept de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences en le remettant dans une perspective historique et en délimitant ses contours ainsi que les enjeux qui se posent à l'hôpital public d'aujourd'hui, et notamment au Centre Hospitalier de Haguenau (Partie 1). Ensuite, l'étude approfondie de la démarche menée au CHH démontrera l'importance de la dimension stratégique que revêt toute démarche de GPEC, dimension qui trouva une matérialisation au travers du projet d'établissement de l'hôpital (Partie 2). A cette analyse fera écho l'état des lieux de la démarche engagée au CHH, dont découlera, en filigrane, l'identification de certains des obstacles susceptibles de se dresser sur la route des utilisateurs d'un outil toujours perfectible (Partie 3).

PARTIE 1 : D'UNE APPROCHE CONCEPTUELLE A DES ENJEUX OPERATIONNELS

Il paraît judicieux, lorsque l'on aborde la thématique GPEC, de ne pas faire l'économie d'une réflexion conceptuelle autour de cette notion. Démarche fréquemment revendiquée, introduite dans le milieu hospitalier depuis plus d'une décennie, elle requiert cependant un effort d'appropriation intellectuelle, méthodologique et sémantique qui ne peut trouver de sens qu'en la replaçant dans une perspective historique. Ce n'est qu'au prix de cette appropriation que les enjeux qui en découlent peuvent trouver un sens dans le contexte hospitalier actuel.

1. GENESE ET EMERGENCE DE LA NOTION DE GPEC

Evoquer l'historique de la GPEC, la resituer dans le contexte, plus vaste, de la gestion des ressources humaines, constitue le préalable indispensable à la compréhension des enjeux qui l'animent. Toutefois, cet effort de réflexion ne peut s'exonérer d'une étude approfondie de la sémantique propre au concept qui, s'il est souvent utilisé, n'est pas toujours bien compris.

1.1. Du secteur industriel...

Tenter de reconstituer la généalogie de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences revient à ne pas s'attacher trop précisément aux termes qui la composent. En effet, si la notion même de GPEC – qui demeure la plus communément employée, quoique moins consensuelle qu'il n'y paraît comme nous le verrons par la suite – est d'apparition relativement récente puisque généralisée depuis les années 1980, les organisations industrielles furent amenées à réfléchir à une gestion anticipée de leurs ressources humaines dès avant faisant, à l'instar de Monsieur Jourdain usant de la prose, de la GPEC sans le savoir.

1.1.1. Aux origines : la gestion prévisionnelle des effectifs.

1. La GPEC est particulièrement liée au contenu et à la place qu'occupe la fonction « Ressources Humaines » au sein des organisations du travail. La naissance du concept même s'inscrit dans un contexte de forte évolution de cette fonction. Or, dans l'environnement de l'après-guerre, la gestion des ressources humaines tient davantage de la gestion du personnel que de la GPEC. L'administration du personnel est alors caractérisée par :

- ✓ une prégnance de la gestion administrative ;
- ✓ une rationalisation importante des fonctions, héritée de l'organisation taylorienne du travail ;
- ✓ un traitement quasi bureaucratique des situations individuelles.

Sans sombrer dans un manichéisme nécessairement simpliste, on peut estimer que le personnel est alors considéré comme une contrainte, dont le coût est à minimiser et dont les principales motivations sont financières.

Cependant, et ce dès les années 1950-1960, les grandes entreprises du secteur industriel doivent faire face au défi de l'utilisation optimale de leur masse salariale, pour garantir la pertinence de la place de chacun des employés dans le processus productif. Ce processus étant linéaire (conformément à l'allégorie classique de la chaîne de montage), la pérennité de son fonctionnement implique que chacun de ses membres « fonctionne » de manière optimale. Mais elles répondent à cet impératif selon une philosophie trop emprunte de taylorisme rationalisant pour pouvoir se projeter dans une véritable politique de gestion des compétences. Fortement utilisatrices d'une main d'œuvre abondante et peu spécialisée, le principal objectif qu'elles poursuivent demeure d'éviter les gâchis dispendieux en temps et en force de travail, en disposant en permanence des effectifs suffisants pour fonctionner de manière optimale. Cette préoccupation trouve sa concrétisation dans l'introduction de la planification stratégique dans les entreprises du début des années 1970, témoignage d'une gestion strictement quantitative et collective du personnel.

1.1.2. D'une gestion prévisionnelle des effectifs à une gestion prévisionnelle des compétences.

Les années 1970 et, surtout 1980, voient la fonction ressources humaines évoluer notablement. L'apparition du concept de GPEC témoigne de la nécessité nouvelle de développer des outils anticipatifs de gestion du personnel.

Les origines de ce changement sont multiples, mais elles tiennent essentiellement au contexte économique d'alors. Au développement de la compétition internationale, il faut ajouter la crise économique induite par les deux chocs pétroliers et le constat d'échec des modes traditionnels de gestion des entreprises. Confrontés à un déclin qui semblait inéluctable, des pans entiers de l'activité économique française (sidérurgie, automobile, textile...) doivent engager des reconversions rapides de leurs appareils de production. De même, les mutations technologiques qui interviennent dans des entreprises fortement utilisatrices de main d'œuvre, contraignent à repenser la place du facteur humain au sein du processus productif. Xavier BABORE fait ainsi observer que :

« La GPEC n'est pas née par hasard, dans les entreprises, dans les années 1980. Les restructurations, les licenciements collectifs pour motifs économiques, les difficultés de recrutement, les mutations des technologies, l'exigence de la qualité totale... ont conduit les entreprises à rechercher les moyens de l'ajustement de leurs besoins et de leurs ressources humaines.¹ »

Durant cette période, la fonction ressources humaines change d'aspect, d'objectifs et d'outils, s'enrichissant d'une vision plus individualisée de la gestion du personnel. Elle prend en compte le salarié en tant que tel, ses compétences, ses besoins en formation et ses perspectives d'évolution de carrière, jetant ainsi les bases de la GPEC telle qu'on l'entend actuellement. Un salarié n'a pas nécessairement vocation à occuper un poste de travail, auquel il pourra prétendre à raison de son niveau de qualification. Il doit également assumer des fonctions et doit, pour cela, mettre en œuvre un certain nombre de compétences. Le changement de conception n'est pas neutre.

Mais la gestion anticipée et individualisée du personnel ne s'adresse pas, de manière systématique, à l'ensemble des salariés dès cette époque. Si la masse des employés peu qualifiés relève encore le plus souvent d'une gestion collective, le suivi prospectif individualisé est davantage l'apanage des cadres.

C'est d'ailleurs ici que se concrétise ce qui peut faire figure de « paradoxe GPEC », celle-ci faisant parfois figure d'épouvantail devenant progressivement, auprès des salariés les moins qualifiés, synonyme de restructurations souvent destructrices d'emplois, tandis qu'elle permet aux salariés occupant des fonctions plus stratégiques

¹ BABORE X. La gestion des ressources humaines. *Cahiers français*, n°263, juillet-septembre 1993.

d'asseoir leurs compétences et de leur ouvrir de nouvelles perspectives d'évolution de carrière. Car, si le contexte économique des années 1970-1980 induit des réorganisations d'outils productifs, se sont souvent des instruments «GPEC » qui ont contribué à les mettre en œuvre, aboutissant à connoter négativement cet aspect des ressources humaines, et à marquer durablement l'esprit collectif d'un salariat désormais méfiant.

Le législateur a néanmoins contribué à donner à la GPEC une certaine légitimité au sein du monde du travail, au travers de la problématique des salariés âgés et/ou particulièrement exposés aux mutations. Le rapport d'activité, remis par l'employeur aux membres du comité d'entreprise doit ainsi, en sus des informations relatives à la situation économique et financière de l'entreprise, préciser : *« les actions, notamment de prévention et de promotion, que l'employeur envisage de mettre en œuvre [au profit des salariés], compte tenu des prévisions ou présentant des caractéristiques sociales ou des qualifications qui les exposent plus que d'autres aux conséquences économiques et technologiques »*². Il s'agit bien là de contraindre l'employeur à entamer une réflexion prospective sur les conditions d'emploi de ses salariés les plus exposés, premier pas vers une démarche de gestion des ressources humaines plus aboutie.

1.2. ... à la sphère publique.

1.2.1. Une Administration en quête d'efficience.

Le passage de la GPEC et de ses outils du secteur industriel marchand au secteur public ne revêtait pas, *a priori*, le caractère d'une évidence. Les différences sont grandes, en effet, entre deux mondes que le statut général de la Fonction Publique de 1983 a contribué à dissocier davantage. Des facteurs objectifs ont cependant contribué à faciliter l'introduction de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, dans les pratiques des administrations publiques.

Le premier élément est environnemental, qui consiste en une pression externe qui concerne indifféremment les deux secteurs, public comme privé : la crise économique – ou plutôt les crises économiques – qui ont marqué le dernier quart du XXème siècle. Les administrations, confrontées à des difficultés financières liées en partie au moindre

² Article L. 432-1-1 du Code du travail.

rendement des impositions pesant sur les activités économiques, se sont retrouvées dans une situation de gestion de la pénurie à laquelle elles étaient peu accoutumées. Les efforts de rigueur qui leurs ont été imposés les conduisirent à s'interroger sur une rationalisation de la gestion de la masse salariale, objectif qui peut être en partie servi par l'introduction de la GPEC dans « l'arsenal » des Ressources Humaines.

Un autre facteur réside dans le fait qu'entreprises du secteur industriel et administrations publiques sont toutes deux fortement utilisatrices de main d'oeuvre. Main d'oeuvre qui constitue donc la richesse essentielle de ces deux catégories de structures, mais qui en grève également les coûts de fonctionnement, et donc de production.

Confronté à une situation de rationnement des dépenses publiques, l'Etat fut le premier à se lancer dans la recherche de modes de gestion et de management pertinents. Et c'est du côté du secteur privé que les ministères allèrent rechercher ces outils, qui leur permettraient de rompre avec l'image « Courtelinesque » de gestion des ressources humaines dans l'Administration, et de revendiquer une efficacité reconnue.

L'acte officiel de naissance – ou de reconnaissance – de la gestion prévisionnelle dans le secteur public, est constitué par la circulaire ministérielle du 23 février 1989 dite « circulaire Rocard », qui affiche clairement l'ambition d'en faire un outil central du « renouveau du service public ». Cette place centrale que les services ministériels souhaitent voir accorder à la GPEC est résumée dans une phrase, qui l'érige en « *instrument privilégié d'une politique de valorisation des ressources humaines* » seul susceptible d' « *assurer la cohérence entre l'évolution des missions, des métiers et des qualifications, et des politiques de gestion du personnel* ».

Depuis lors, un grand nombre d'administrations françaises a eu l'occasion d'élaborer des stratégies estampillées GPEC. Pour ne prendre que quelques exemples parmi d'autres, l'on peut citer les projections à moyen et long terme des mouvements de personnels au ministère de l'Education Nationale ; l'approche conceptuelle de la compétence et des métiers élaborée par le ministre de l'Equipement, des Transports et du Logement à la fin de la décennie 90 ; ou encore, dans le secteur parapublic, les tentatives de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour promulguer et unifier la démarche « GPEC-Cantorial » au sein de l'ensemble du réseau de l'assurance maladie depuis janvier 1999.

1.2.2. La très progressive émergence d'une GPEC à l'hôpital public.

Le ministère de la Santé n'a cependant pas attendu que la gestion prévisionnelle soit ainsi officiellement parée de certaines des vertus, que l'on disait faire en partie défaut à la sphère publique, pour reconnaître l'intérêt qu'un tel outil, dans ses aspects prévisionnels mais aussi curatifs, présente pour les hôpitaux publics. Ce qui s'appelle alors encore la Direction des Hôpitaux prend le pouls, et réfléchit aux modalités concrètes de l'introduction d'une gestion anticipée des ressources humaines dans le secteur hospitalier. La démarche débute par un état des lieux, dressé par le Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications (1986-1987), sur la situation des emplois des services logistiques et administratifs à l'hôpital. Celui-ci met en exergue les difficultés démographiques, au plan strictement quantitatif comme en termes de compétences, à venir pour ces emplois³. La réflexion s'engage ensuite dans le but d'assurer un soutien aux établissements confrontés à d'importants problèmes de gestion des ressources humaines. Elle trouvera un aboutissement en 1991, dans le livre référence de Madame Nicole RAOULT, intitulé *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier* et présenté comme un guide, destiné à initier les établissements hospitaliers à ce nouvel outil. L'ambition affichée par la Direction des Hôpitaux est alors résumée par Monsieur Gérard VINCENT, directeur des hôpitaux, qui signe la préface de cet ouvrage :

« *La gestion prévisionnelle est une préoccupation nationale. Elle s'inscrit dans une initiative gouvernementale qui a permis des échanges fructueux avec la fonction publique d'Etat. Dans les établissements hospitaliers, elle devient une nécessité impérieuse (nous ne sommes alors qu'en 1991 !) dans le cadre des projets d'établissement définis par la loi hospitalière* »⁴.

Toutefois, la première partie des années 1990 ne donnera pas lieu à un véritable foisonnement d'expériences concrètes de mise en œuvre de politiques de GPEC dans les hôpitaux. Seuls quelques « pionniers » se lanceront dans l'aventure, essentiellement guidés par la nécessité d'inventer de nouveaux moyens de gestions des ressources humaines, le plus souvent pour tenter de répondre à une situation conjoncturellement ou structurellement difficile. Il en est ainsi du Centre Hospitalier de Sète qui entama, dès

³ CEREQ. *Evolution du travail et des emplois dans les services administratifs et logistiques*. Collection des études, n°84, mars 1988.

⁴ RAOULT N. *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*. Editions L'Harmattan, 1991.

1995, une réflexion globale sur la stratégie d'internalisation et d'externalisation de ses services logistiques, ou de l'hôpital de Mulhouse qui, confronté à une situation de quasi-pénurie, pesant sur ses effectifs infirmiers, mit progressivement en œuvre une gestion quantitative prévisionnelle de ses ressources humaines.

Face au peu d'engouement suscité par l'outil, la Direction des Hôpitaux entama une seconde phase de réflexion en 1995, destinée à redynamiser la démarche en procédant à un bilan des expériences déjà menées. Retenant une approche extrêmement pédagogique, le Ministère diffuse en 1997 un guide à l'intention des hôpitaux, afin de tenter de contourner l'obstacle souvent mis en avant d'une GPEC trop théorique, qualifiée par certains de lourde « machine à décrire »⁵. D'autres guides méthodologiques se sont succédés, certains plus spécifiquement destinés à la fonction publique d'Etat⁶, preuve irréfutable de l'utilité d'une réflexion en la matière, alliant démonstrations pratiques aux retours d'expériences.

Sept années plus tard, sans doute peut-on peut estimer que la GPEC est entrée dans les mœurs hospitalières, au point de devenir une préoccupation réelle pour la plupart des responsables ressources humaines. Trois facteurs essentiels contribuèrent indubitablement à insuffler la volonté de prendre en compte les préoccupations relatives à la gestion du personnel, au travers du prisme de la GPEC :

- L'élaboration d'une nomenclature des emplois type à l'hôpital, indéniable source de réflexion sur les métiers et les compétences ;
- La double impulsion donnée par la loi du 31 juillet 1991 relative à l'organisation hospitalière et l'ordonnance du 26 avril 1996 ;
- L'intérêt né de l'importance du concept de projet d'établissement et de son articulation avec les réorganisations sanitaires, sources de réflexion prospective.

⁵ FLUCK M. Dossier Quelle planification des ressources humaines ? *Personnel*, n°439, mai 2003.

⁶ Voir, en ce sens, le Guide méthodologique de gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences de la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique du Ministère de la Fonction Publique, de juin 2001.

2. Définition de la notion et des concepts associés

Retracer l'exégèse de la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences met en lumière les incertitudes inhérentes à sa définition. Outil issu du secteur privé, son introduction dans la sphère publique s'est réalisée sans que l'ensemble des acteurs hospitaliers n'aient eu – au moins dans les premiers temps - une complète compréhension de la sémantique qui y est attachée. Or, pour être bien comprise, et donc mise en œuvre, la GPEC nécessite un effort de délimitation d'une part, de définition d'autre part. Il en va de même s'agissant de la terminologie qui y est associée.

2.1. GPEC, GPPEC ou GPEEC ?

Il n'est pas anodin de relever que le sigle lui-même ne fait pas l'objet d'un consensus « doctrinal ». Ainsi peut-on découvrir, au hasard des publications théoriques comme des rapports officiels, des appellations aussi diverses que Gestion Prévisionnelle et Préventive des Emplois et des Compétences (GPPEC) ou Gestion Anticipée des Emplois et des Compétences (GAEC). La démarche est connue au Québec en tant que Planification Stratégique de la Gestion des Ressources Humaines, appellation qui traduit indubitablement le caractère globalisant de l'outil. Enfin, le ministère de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat n'a-t-il pas intitulé un guide méthodologique élaboré à l'intention des services de l'Etat, *Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et des Compétences* en juin 2001 (GPEEC) ? Il ne paraît d'ailleurs guère possible de prétendre à l'exhaustivité en la matière, tant la notion fut sujette à déclinaison. Pour notre part, nous retiendrons le terme de « Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences » (GPEC), couramment utilisé dans la littérature comme par les responsables hospitaliers. Il importe cependant d'en circonscrire la définition.

2.2. Tentative de définition

La définition la plus fréquemment admise et qui explicite au mieux ce qu'est la GPEC en synthétisant les objectifs, est celle qui fut retenue par le *Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, piloté par la Direction des Hôpitaux du ministère en 1997 :

« La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et plans d'actions cohérents :

Mathieu ROCHER - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2004

- *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 moyens termes bien identifiés,*
- *et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle. »⁷*

Il semble opportun, à ce stade, d'observer que cette définition met l'accent sur le caractère à la fois global de la GPEC, en ce qu'elle s'intéresse à la masse des effectifs, et individuel par la prise en compte en compte du « salarié » et de son projet d'évolution personnel.

2.3. La sémantique associée à la GPEC

La compétence

« *Les compétences au service de la performance* ». Ainsi débutait, en septembre 2002, un dossier de la revue *Personnel* consacré à la GPEC⁸. La compétence est au centre de toute politique de GPEC, comme l'indique la dernière lettre du sigle. Mais qu'est-ce que la compétence ? Au sens du dictionnaire Le Robert, la compétence est une « connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières ».

Cette première définition ne semble cependant guère satisfaisante au regard de ce que la notion recouvre dans le monde du travail, où un salarié est jugé en fonction de compétences mesurables, qui doivent correspondre aux attentes d'un employeur donné. Il est possible, à l'instar de M. LEVY-LEBOYER, de considérer que les compétences « *sont des répertoires de comportements que certaines personnes maîtrisent mieux que d'autres, ce qui les rend efficaces dans une situation donnée* ». Une compétence est une capacité d'action efficace face à certaines circonstances, que l'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre des problèmes concrets. Ainsi

⁷ Direction des Hôpitaux, « Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences », Ministère de la Santé, mai 1997.

⁸ Association Nationale des Directeurs et Cadres de la fonction Personnel (ANDCP). « Management par les compétences, Plébiscite pour un renouveau opérationnel de la GPEC ! », in *Personnel* n°432, p.17 à 20, septembre 2002.

peut-on en déduire qu'une personne, confrontée à deux situations faisant appel à des registres d'actions différents, pourra, selon qu'elle en possède ou non les clefs de compréhension, être jugée parfaitement compétente ou, au contraire, incompétente.

Des compétences requièrent toujours des connaissances préalables. Condition nécessaire, elle n'en est pas moins insuffisante. Une compétence est certes quelque chose que l'on sait faire. Mais ce n'est pas un simple savoir-faire ou une habileté. C'est une capacité stratégique, indispensable dans les situations complexes. La compétence ne se réduit jamais à des connaissances procédurales codifiées et apprises comme autant d'axiomes, même s'il faut savoir utiliser la règle lorsque cela se révèle pertinent. Juger de la pertinence de la règle fait partie de la compétence, qui fait intervenir savoir, savoir-faire et savoir-être, dans le travail « réglé » comme dans l'improvisation. La notion de compétence peut donc être définie comme la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissance, savoir-faire, comportement et expérience) en situation professionnelle.

Une spécificité, dont il faut néanmoins tenir compte existe, notamment mais pas exclusivement, dans le domaine des professions de santé. La compétence y est largement définie en rapport à une qualification qui, cependant, ne peut préjuger des compétences individuelles réelles. Le Professeur MATILLON ne dit pas autre chose lorsqu'il estime que « *la compétence, pierre angulaire de l'organisation juridique des professions de santé, permet de fixer les bornes du licite et de l'illicite dans l'intervention de professionnels sur le corps d'autrui, mais ne fait que postuler la capacité réelle des professionnels à intervenir pertinemment* »⁹.

Ces éléments reflètent pourtant une vision strictement individuelle de la compétence. Dans le cadre de la GPEC, celle-ci peut également être appréciée sous l'angle collectif, représentant alors la somme des compétences requises dans un établissement pour exercer les emplois nécessaires à l'accomplissement des missions de celui-ci.

⁹ MATILLON M. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Rapport de mission d'août 2003, p.6.

Le métier

La Direction des Hôpitaux, dans sa *Nomenclature des emplois types de l'hôpital* de 1990, a posé la définition suivante :

« *Le métier identifie un ensemble de situations de travail présentant des contenus d'activités identiques et requérant donc des compétences similaires, acquises par l'apprentissage et/ou l'expérience et reconnues par l'institution* »¹⁰.

Le critère déterminant du métier est donc l'activité, c'est-à-dire un ensemble de tâches observables « *qui peuvent être caractérisées par des verbes d'action* » et qui n'emportent pas de jugement de valeur sur la qualité du travail produit¹¹.

Le métier rassemble un ensemble de postes de travail, d'emplois proches les uns des autres. Conformément à la nomenclature des emplois types de la fonction publique hospitalière élaborée par la Direction des Hôpitaux, le métier appartient à une « famille de métiers ». Celle-ci regroupe en son sein les métiers proches les uns des autres, par leur technicité, l'objet sur lequel ils portent et les compétences qu'ils requièrent. Une famille de métiers peut être décomposée en plusieurs sous-familles regroupant des métiers appartenant à un secteur d'activité considéré. Ainsi, le métier de cuisinier appartient-il à la sous-famille des métiers de la cuisine, elle-même composante de la famille « services logistiques ».

Il faut noter à cet égard que l'élaboration d'un répertoire des métiers hospitaliers est actuellement en cours, qui vise à la réorganisation de la nomenclature en la dotant de quatre niveaux : fonction, famille professionnelle, sous-famille et métier. A titre d'exemple, le métier d'auxiliaire de puériculture fait partie de la sous-famille « Puériculture », elle-même comprise dans la famille « Soignante » de la fonction « Soins ». Cette tâche a été confiée à un groupe projet, sous l'égide de l'Observatoire des emplois et des métiers, et devrait aboutir à une communication des résultats aux divers acteurs hospitaliers au cours de l'année 2004.

¹⁰ Direction des Hôpitaux. *Nomenclature des emplois types de l'hôpital*, Editions ENSP, 1990.

¹¹ DERENNE, LUCAS et alii. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière tome 2. Le développement des Ressources Humaines*, Editions ENSP, 2002, p. 294.

Les métiers « sensibles »

Il s'agit de certains des métiers exercés au sein de l'hôpital, qui sont susceptibles de connaître les plus fortes évolutions, voire de subir des contraintes au plan démographique, social ou organisationnel, voire en termes de compétence ou de qualification. L'actualité récente fournit naturellement bon nombre d'exemples de métiers que l'on peut qualifier de sensibles, comme la fonction d'infirmier.

Messieurs DONIUS et BARTHES¹² ont dégagés cinq critères, permettant de qualifier un métier de « sensible » :

- L'évolution : lorsque le contenu du métier évolue au point de modifier le profil professionnel requis ;
- La réduction : la tendance envisageable de réduction importante des effectifs, au-delà du mouvement « naturel » des départs en retraite ;
- Le développement : les métiers qui seront amenés à occuper une place plus importante à l'avenir pour le développement d'activités, et dont les effectifs seront insuffisants ;
- Le blocage : désigne les métiers peu attractifs car pénibles et ne nécessitant pas un niveau de qualification élevé ;
- Le risque : les métiers comportant des fonctions, des tâches qui feront l'objet d'une nouvelle répartition du fait de l'évolution du contenu d'autres métiers voisins.

Isoler ces métiers sensibles permet de mettre en avant les cibles privilégiées d'une politique de GPEC.

L'emploi

Au sens du Dictionnaire, l'emploi est l'occupation confiée à une personne. Au sens du droit de la fonction publique, l'emploi est dissocié du grade, un même grade donnant vocation à accéder à plusieurs emplois. Il s'agit-là d'une garantie essentielle du fonctionnaire qui, s'il n'est pas titulaire de son emploi – il peut être amené, pour des raisons de service, à en changer – demeure titulaire de son grade. Mais l'emploi a également des incidences budgétaires, l'existence d'un emploi devant être gagé par des crédits afin d'en rémunérer l'occupant. Tout établissement hospitalier est tenu d'élaborer

¹² *Ibid.*, p. 19 et suivantes.

son « tableau des emplois permanents », répartissant – parfois artificiellement – les emplois par service et qualification.

La fonction

La fonction décrit l'utilité, le rôle de l'emploi dans l'organisation globale du travail. Elle constitue par conséquent un élément d'analyse de l'emploi, l'exercice d'une fonction appelant la mise en œuvre de compétences.

Le poste de travail

Niveau le plus précis de l'exercice d'un métier, le poste de travail désigne le lieu – physique et géographique – d'accomplissement des tâches composant le métier. Le poste de travail est le niveau de précision ultime de la nomenclature des emplois types précitée. Le calcul des « effectifs cibles » aboutit à la budgétisation de plusieurs emplois pour que soit assurée la permanence du service à un même poste de travail. En effet un poste d'infirmier, dans un service de soins devant fonctionner en continu, nécessite qu'y soient affectés six infirmiers diplômés d'état (IDE) – donc la budgétisation de six emplois - pour garantir une présence constante sur ce poste de travail.

Le corps et le grade

C'est peu de dire, au risque d'assumer une lapalissade, qu'il s'agit-là de concepts propres à la fonction publique, dont les conséquences permettent d'identifier les spécificités qui pèsent sur la gestion des ressources humaines, en milieu hospitalier notamment.

L'article 29 du statut des fonctionnaires de l'Etat expose clairement le principe, applicable *de facto* aux deux autres fonctions publiques, que « *les fonctionnaires appartiennent à des corps qui comprennent un ou plusieurs grades et sont classés, selon leur niveau de recrutements, en catégories. Ces corps regroupent les fonctionnaires soumis au même statut particulier et ayant vocation aux mêmes grade* ». ¹³ La carrière

¹³ Article 29 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.

d'un fonctionnaire hospitalier se déroule à l'intérieur d'un corps, à moins qu'il n'en change au cours de sa vie professionnelle.

Le grade est, au terme des dispositions de l'article 12 du statut général de la fonction publique, « *le titre qui confère à son titulaire vocation à occuper l'un des emplois qui lui correspondent* »¹⁴. Nous avons eu l'occasion de le voir, le grade est distinct de l'emploi, ce qui entraîne des conséquences tant sur la carrière du fonctionnaire, qui est titulaire de son grade, que sur la gestion du personnel hospitalier. Ainsi, un agent d'un grade déterminé peut être amené, dans l'intérêt du service, à exercer des fonctions normalement exercées par des fonctionnaires de grade inférieur (Conseil d'Etat, 10 janvier 1958, Portes¹⁵). Des dispositions légales ou réglementaires peuvent toutefois encadrer les compétences de certaines catégories d'agents, venant ainsi renforcer le lien entre le grade et l'emploi. C'est le cas des personnels soignants : un aide-soignant ne pouvant, légalement, occuper un emploi d'IDE, nécessitant une qualification réglementée.

3. Une GPEC aux multiples facettes

Il importe ici de cerner l'ambition de cette partie. Bien que déjà largement exposé, détaillé et explicité par les théoriciens de la matière – qui en sont, dans le domaine plus spécifiquement hospitalier, également les praticiens -, il ne paraît pas concevable de faire l'économie d'un exposé portant sur le caractère protéiforme de la GPEC. Car en comprendre les implications, en cerner les enjeux essentiels, que nous détaillerons par la suite, ainsi que les difficultés concrètes d'applications, requièrent de déterminer les différentes dimensions d'une notion aux contours parfois floue. Ainsi la GPEC apparaît-elle comme le Protée des ressources humaines. Variables autant que variés, son champs d'action, ses modes de mise en œuvre comme ses outils sont multiples, et dépendent largement des objectifs qui lui sont assignés et des réalités concrètes du « terrain d'expérimentation ».

¹⁴ Article 12 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1984 portant droits et obligations des fonctionnaires.

¹⁵ Arrêt du Conseil d'Etat, *Rec. Som.*, p. 808.

3.1. Une perspective quantitative ou qualitative ?

Une politique de GPEC doit-elle fonder son analyse sur une évaluation quantitative des problèmes qui lui sont posés ou faut-il qu'elle prenne également en considération des aspects qualitatifs ? L'évidence semble naturellement imposer une GPEC aux deux visages, étudiant d'une part les ressources disponibles en termes de volumes, puis en y ajoutant une dimension centrée sur l'analyse des compétences.

L'analyse quantitative des ressources humaines de l'établissement constitue un préalable indispensable. En effet, et les tensions que connaît le marché de l'emploi concernant certaines catégories de métiers hospitaliers le démontrent, les inquiétudes des hôpitaux portent souvent sur le nombre d'agents requis. C'est pourquoi certains outils tels les pyramides des âges, les tableaux de bord de suivi des départs et arrivées sont spécifiquement dédiés à cette étude indispensable. Nous verrons par la suite que le Centre Hospitalier de Haguenau, dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de GPEC, s'est précisément doté de certains de ces outils. Ils constituent la base de l'analyse permettant de dresser un état des lieux des ressources humaines disponibles et requises pour l'institution.

Il ne faut cependant pas négliger la dimension qualitative de la GPEC, en ce qu'elle ne peut porter uniquement sur des flux, des volumes. Elle doit également donner lieu à l'analyse des métiers et des postes de travail : leur contenu actuel, les compétences requises pour les exercer ou les occuper, les évolutions prévisibles susceptibles de les affecter. Ainsi l'établissement peut-il identifier, avec plus ou moins de précision, des besoins de compétences qu'il lui faudra satisfaire.

3.2. La GPEC : simple pompier ?

La plupart des démarches de GPEC initiées dans le secteur hospitalier avaient comme principale ambition de répondre à un besoin, fort légitime et souvent pressant, d'apaiser des tensions pesant sur les effectifs. Préventive ou curative, la GPEC n'a-t-elle d'autre vocation que de parer au plus pressé, permettant, au moyen de tableaux de bords sophistiqués, d'éteindre les foyers naissants de la revendication syndicale ? La GPEC doit également trouver une place de choix dans la stratégie globale de gestion des ressources humaines de l'établissement hospitalier. Elle doit permettre d'anticiper les mutations hospitalières, comme les externalisations dans le domaine de la blanchisserie ou de la cuisine, le développement d'activités nouvelles devant aboutir à l'émergence de

compétences spécifiques et qui font actuellement défaut ou qui seront en nombre insuffisant à moyen terme. Les outils disponibles sont alors la reconversion, la formation continue, la promotion professionnelle, la mutation.

3.3. De l'individuel au collectif

La GPEC, nous avons eu l'occasion de le voir précédemment, était initialement collective dans sa conception et sa mise en œuvre, abordant les questions de ressources humaines sous l'angle de la masse des salariés. Cette approche demeure incontestablement indispensable dans les établissements hospitaliers, l'objet même de la GPEC étant d'assurer l'adéquation entre les besoins et les ressources de la structure considérée.

Il convient également de prendre en compte les aspects individuels des agents hospitaliers. La relation particulière au patient, le haut niveau de qualification et de compétences dont sont titulaires les personnels ainsi que la prégnance de facteurs psychologiques – sentiment de ne pas « faire un métier comme les autres », sens relationnel et charge émotionnelle que comportent la plupart des fonctions hospitalières – dans le processus de « production » du soin, sont autant de particularismes qui imposent de centrer l'approche GPEC sur celui sans qui rien ne peut se faire : l'agent. Cela implique non seulement la prise en compte de ces particularismes dans l'élaboration des trajectoires professionnelles individuelles, mais également une participation active de tous à la démarche GPEC qui doit être appropriée. La démarche doit donc être tout à la fois centrée sur les agents et participative.

3.4. La GPEC : une gestion « humaine » mais aussi financière de la ressource humaine

Si la GPEC ne peut se concevoir sous l'unique angle de la gestion administrative des ressources humaines, elle ne peut pas non plus s'exonérer des considérations budgétaires – et donc financières – qui constituent désormais une préoccupation essentielle de la gestion des établissements de santé, dans un contexte de modification substantielle de leur mode d'allocation budgétaire. La réflexion qui préside à l'élaboration d'une politique de gestion anticipée des ressources humaines doit donc mettre en regard les besoins en termes de compétence, avec les moyens dont dispose l'établissement pour mettre en œuvre ses ambitions. Ce facteur, sans doute moins prépondérant dans le

cadre du « budget global », deviendra sans nul doute plus prégnant dans les prochaines années.

3.5. Une approche nécessairement combinée

L'harmonie du tout vient de l'assemblage des parties. Telle pourrait être la devise de la GPEC tant il semble indispensable de considérer que, de toutes ses dimensions, il convient surtout de ne pas en privilégier une au détriment des autres, et que la réussite d'une telle politique réside dans l'art de mêler dimensions quantitative et qualitative, individuelle et collective, préventive et curative. Les possibilités sont d'autant plus nombreuses qu'une politique de GPEC peut combiner les différentes dimensions énumérées, en variant le « dosage » de ses diverses composantes.

4. Plaidoyer pour la mise en œuvre d'une politique de GPEC : des enjeux essentiels pour les établissements publics de santé

L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences requièrent d'en cerner les enjeux. Ces derniers diffèrent, selon qu'ils concernent l'ensemble du secteur hospitalier – voire transcendent les fonctions publiques – ou qu'ils s'imposent plus particulièrement au Centre Hospitalier de Haguenau.

4.1. Un défi pour le futur : anticiper le choc démographique

Les mutations démographiques attendues depuis plusieurs années dans les établissements hospitaliers commencent à prendre corps, avec les départs des classes d'âge du « Baby boom » de l'après-guerre. Toutefois, la décennie à venir devrait s'annoncer comme stratégique, compte tenu du caractère massif des départs auxquels devra faire face la fonction publique hospitalière dans son ensemble, comme le Centre Hospitalier de Haguenau.

4.1.1 Chronique d'un choc annoncé

Selon une récente étude publiée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), l'emploi dans la fonction publique hospitalière a augmenté de 28 % entre 1980 et 2001, passant de 670 000 agents à 860 000 sur la période. Or, ces chiffres ne tiennent pas compte des accords relatifs à la réduction du temps de travail, dont les effets sur l'emploi public se sont essentiellement étalés sur les années 2002 et 2003, se traduisant par une augmentation encore plus significative des effectifs¹⁶. Ces statistiques illustrent l'évolution importante qu'ont connue les modes de gestion des ressources humaines à l'hôpital public. Les évolutions technologiques, la diversification des prises en charges, l'émergence de métiers nouveaux ou les évolutions légales et réglementaires, sont venues complexifier cette gestion dans un contexte de tentative de maîtrise des dépenses budgétaires. La fonction « ressources humaines » est contrainte à l'évolution, justifiant par là même le recours à la GPEC.

En outre, et au plan prospectif, une étude menée par la DHOS et publiée en mai 2003¹⁷, dresse un panorama alarmant de la situation de l'emploi hospitalier à l'horizon 2015 en anticipant les départs prévisibles des agents titulaires en fonction en 1999. Sur une population de 702 032 titulaires à cette date, 383 106 départs devraient intervenir d'ici 2015, soit 55 % de l'effectif initial. Le pic de départs serait atteint en 2012, avec près de 30 000 départs, soit plus du double du chiffre de 2001. L'analyse plus détaillée fait apparaître des disparités entre la filière technique et ouvrière, qui devrait voir 58 % de ses effectifs de 1999 partir, et la filière technique dont la situation semble un peu moins inquiétante (-47 %). La filière soignante, qui forme le gros des effectifs de l'emploi hospitalier, devrait quant à elle souffrir d'une diminution de 56 % du nombre d'agents titulaires en activité sur la période concernée, enregistrant ainsi 279 418 départs. Filière par filière, certains corps voient la presque totalité de leurs effectifs partir sur la période. Il en est ainsi des corps des directeurs de soins (- 92 %), des cadres supérieurs de santé (- 95 %) ou des attachés d'administration hospitalière (- 82 %), tandis que la plupart des autres corps enregistreront en moyenne un départ pour deux agents : infirmiers (- 54 %), aides-soignants (- 57 %), préparateurs en pharmacie (- 50 %). Ces chiffres doivent cependant être analysés avec circonspection. Ils ne prennent en effet pas en compte les recrutements, intervenus à la suite de la mise en œuvre de la réduction du temps de

¹⁶ INSEE, « L'emploi public est tiré par la Fonction publique territoriale », étude, juillet 2004.

¹⁷ Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, DHOS, « Fonction Publique Hospitalière, Données démographiques horizon 2015 », mai 2003.

travail, qui se sont échelonnés sur les années 2002 à 2004, ni les remplacements d'agents partis en retraite ente temps. Or, ces recrutements ont été l'occasion d'un rajeunissement sensible des pyramides des âges des établissements hospitaliers, en particulier concernant la filière soignante.

4.1.2 Une situation locale plus nuancée

Le Centre Hospitalier de Haguenau est, à son échelle, confronté à une situation comparable. En effet, l'étude des pyramides des âges des agents en fonction met clairement en évidence un déséquilibre entre les tranches d'âge 25-39 ans et 40-54 ans, au bénéfice de cette dernière. La situation demeure néanmoins extrêmement contrastée selon les filières et, surtout, selon les corps. Les aides-soignants sont les plus exposés, comme en témoigne le caractère très évasé de la pyramide des âges qui les concerne, traduisant l'importance des effectifs dans les tranches d'âge 40-55 ans. Mais les cadres de santé sont également particulièrement concernés, tandis que la filière ouvrière et technique connaît une situation moins délicate, à l'exception du secteur de la restauration, dont 64 % des agents ont plus de 40 ans.

Le constat haguénovien mérite néanmoins d'être nuancé au regard de l'ampleur de l'enjeu au plan national. Certaines catégories de personnel ne devraient pas poser de problème insoluble, à raison de la structure relativement équilibrée des tranches d'âges qui composent leur pyramide. Il en va ainsi des infirmiers diplômés d'Etat, dont les effectifs sont numériquement les plus importants et qu'il convient par conséquent d'étudier avec le plus grand soin. Or les tranches d'âges les plus représentées sont les 20-40 ans, qui constituent 65,75 % de l'effectif, soit 246 infirmiers sur 374 au total. Notons que la politique de recrutement liée, entre autres, à l'aménagement du temps de travail, semble avoir eu un effet significatif en la matière puisque 30,75 % de l'effectif infirmier a moins de 30 ans.

Sans détailler davantage les enjeux démographiques auxquels sont confrontés, dès à présent, l'hôpital public en général et celui de Haguenau en particulier - ce dernier faisant l'objet de plus amples développements en deuxième partie -, l'anticipation des besoins en effectifs et en compétences sera inévitablement placée au cœur des préoccupations des équipes de direction des établissements publics de santé. La GPEC, en tant qu'instrument de régulation prospectif des ressources humaines, paraît apte à prendre la mesure de ce défi.

4.2. Des incitations externes importantes

Mettre en œuvre une politique de GPEC constitue également un enjeu de taille, au regard de la pression émanant d'acteurs externes incontournables. Le Ministère de la santé, et plus particulièrement la Direction des Hôpitaux puis la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, mène une politique incitative forte sur le sujet depuis plus d'une décennie, comme en témoignent le guide de la GPEC en 1997, ou la mise en place du groupe projet chargé de l'élaboration du répertoire des métiers hospitaliers en 2002.

Cette stratégie prend place dans l'ensemble, plus vaste, de la réorganisation globale de l'offre de soins sur le territoire national. Ces incitations ont clairement comme objectif, de faire prendre conscience aux établissements hospitaliers que les mutations internes et externes qu'ils engagent – ou subissent – doivent faire l'objet de mesures d'anticipation et d'accompagnement, que seule une politique de gestion prévisionnelle des ressources humaines est à même de garantir. Deux circulaires ministérielles sont, à cet égard, exemplaires. La première est budgétaire, et date du 27 décembre 1995. Elle opère clairement la liaison entre redéploiements de moyens, économies budgétaires et GPEC. Cette dernière devant garantir la bonne exécution des premiers. L'affirmation de cette équation « économies-restructurations-GPEC », n'est pas sans rappeler les origines industrielles du concept déjà évoquées¹⁸. La seconde circulaire qui illustre cette ambition ministérielle, datée de 1999, est relative au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO). Tout en évoquant la nécessité de moderniser les hôpitaux français, elle signale les risques que les restructurations, induites par cette modernisation, font peser sur les ressources humaines. Et, au passage, rappelle que « *La conduite et la réussite des opérations de réorganisation sont conditionnées par la qualité de la GPEC développée par l'établissement* »¹⁹.

4.3. La démarche qualité et l'impact de l'accréditation

La démarche qualité peut être un puissant incitateur à la mise en œuvre d'une politique de GPEC dans un établissement de santé. En effet, satisfaire à une pression qualité constante sur les soins, les services logistiques ou la prise en charge

¹⁸ Voir infra, les développements historiques relatifs à l'émergence du concept dans le secteur industriel.

¹⁹ Circulaire DH/FH 1 n°99-182 du 23 mars 1999 relative au FASMO.

administrative des patients requiert, en guise de préalable, de s'interroger sur les moyens que l'établissement souhaite mettre en œuvre pour atteindre les objectifs qualité qu'il s'est fixés. Au premier rang de ces moyens figure, naturellement, la ressource humaine qui, dans les hôpitaux, constitue la matrice essentielle de production du soin. Le Centre Hospitalier de Haguenau s'est lancé, depuis 2001, dans une politique continue d'amélioration de la qualité, comme l'illustre l'institutionnalisation de la politique qualité au travers de la création d'une Direction de la Qualité autonome. En ce sens, la GPEC doit être considérée comme l'instrument privilégié de mise à disposition des moyens humains, au profit de l'amélioration constante de la qualité de ses prestations.

Dans ce contexte, la démarche d'accréditation constitue un autre enjeu auquel doivent répondre les établissements hospitaliers. Instaurée par l'ordonnance du 24 avril 1996²⁰, la procédure d'accréditation vise à garantir « *que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients* »²¹. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (l'ANAES²²) est chargée, en sus de ses missions scientifiques, de la conception d'une politique d'accréditation, de l'élaboration des référentiels qualité et du suivi des démarches d'accréditation auprès des structures sanitaires. L'accréditation est basée sur la satisfaction des référentiels qualité, qui doivent permettre d'apprécier l'organisation et les procédures mises en place par les établissements au regard des attentes en terme de prise en charge du patient. Les référentiels d'accréditation sont structurés sur la base de références d'accréditation, elles-mêmes déclinées en critères :

- La référence d'accréditation est une attente ou une exigence en terme de qualité attendue d'une prestation ou d'une structure. Elle permet d'étalonner l'établissement avec un optimum de qualité.
- Le critère est l'énoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis, permettant de satisfaire la référence d'accréditation. Il est mesurable, objectif et réalisable.

Le manuel d'accréditation comporte un référentiel « Gestion des Ressources Humaines » (GRH), au sein duquel une référence concerne la GPEC. Il s'agit de la référence 4, intitulée « *La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement* ». Plusieurs

²⁰ Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, complétée par le décret n°97-311 du 7 avril 1997.

²¹ LACHENAYE-LLANAS et MATILLON. Introduction du « Manuel d'accréditation des établissements de santé », Direction de l'accréditation de l'ANAES, février 1999.

²² Organisme instauré par l'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996.

critères font en outre, explicitement ou implicitement, référence à la mise en œuvre d'une politique de GPEC – qui prend ici la dénomination de « gestion prévisionnelle des ressources humaines » - par les établissements amenés à mener la procédure d'accréditation :

GRH.4.a.	L'établissement met en œuvre une gestion prévisionnelle des ressources humaines
GRH.4.b.	La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet d'assurer les prestations de soins selon les exigences des postes, l'évaluation de la charge de travail, les nécessités de remplacement et les compétences du personnel
GRH.4.c.	Une description actualisée des fiches de fonction et des profils de poste est effectuée. Les responsabilités et les exigences de tout poste font l'objet d'un document écrit et communiqué
GRH.5.a.	Le recrutement est effectué sur la base des profils de poste
GRH.7.b.	Les besoins individuels en formation sont identifiés
GRH.8.a.	Les besoins des personnels en matière de formation continue sont identifiés
GRH.8.b.	Un programme de maintien et d'amélioration du niveau de compétence adapté aux besoins identifiés des personnels de l'établissement est mis en place
GRH.8.c.	La formation continue contribue à la politique promotionnelle des personnels de l'établissement

Il convient également de noter que le Manuel d'accréditation donne une explicitation du critère GRH.4.a. relatif à la mise en place d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines, qui doit tenir « *compte des missions et de la structure d'activité, des technologies utilisées et de la démographie du personnel* »²³.

La GPEC tient donc une place significative dans la procédure d'accréditation, en lui donnant le statut d'élément incontournable de la gestion des ressources humaines en établissement de santé. Le Centre Hospitalier de Haguenau s'est engagé dans la procédure d'accréditation au courant de l'année 2002, qui a abouti à la visite des experts de l'ANAES du 1^{er} au 5 décembre 2003. Les résultats, encore temporaires puisque

²³ Ibid., p. 78.

matérialisés par le seul rapport des experts-visiteurs, seront exposés en troisième partie de la présente étude.

4.4. En filigrane, un enjeu fondamental : satisfaire aux missions essentielles d'un établissement public de santé

Une multitude d'autres facteurs militent, en outre, en faveur du développement d'une culture « GPEC » au sein des établissements hospitaliers. Au nombre de ceux-ci, il est possible de citer, par exemple, le vieillissement global de la population française, l'évolution constante des techniques médicales, l'accroissement de la pression normative (l'une des manifestations de cette « inflation normative » tant décriée), l'attitude toujours plus exigeante de patients de mieux en mieux informés, la concurrence entre les secteurs public et privé et, depuis les années 1990, entre les hôpitaux publics eux-mêmes, la pression budgétaire qui contraint à faire toujours mieux sans nécessairement disposer de davantage de moyens.

La liste ne prétend pas à l'exhaustivité, d'autres facteurs constituant autant d'enjeux que l'hôpital ne peut ignorer, sous peine de faillir à sa mission première : la dispensation de soins de qualité. Car la GPEC n'est, faut-il le préciser, qu'un outil au service d'un objectif, et non pas une fin en soi. Du point de vue du CHH, elle doit ainsi viser la satisfaction de trois impératifs : disposer de ressources humaines en quantité suffisante pour faire face à ses missions, que ces ressources soient mobilisées et efficaces. Autant d'impératifs qui engagent la responsabilité de chacun des membres de l'équipe de Direction.

PARTIE 2 : EMERGENCE DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE GPEC AU CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU

Il peut être opportun, à ce moment du raisonnement, de faire référence à la définition de la GPEC telle que précédemment exposée. Pour une structure comme le Centre Hospitalier de Haguenau, la gestion prévisionnelle des ressources humaines « *consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et plans d'actions cohérents (...) en fonction de son plan stratégique, ou au moins d'objectifs à moyens termes bien identifiés* ». La notion de « plan stratégique » est ici essentielle. Elle indique la nécessité d'établir et de mettre en exergue les orientations générales de l'hôpital, orientations qui, pour être satisfaites, requièrent la mise en œuvre d'une gestion anticipée des ressources humaines. Allant plus loin, le CHH a, non seulement, pris la mesure des orientations stratégiques dont il souhaitait se doter, mais a qui plus est, adopté une démarche que l'on peut qualifier de « descendante », en faisant de son projet d'établissement le fer de lance de sa politique de GPEC.

1. l'importance de la dimension stratégique

1.1. Les liens entre stratégie et GPEC

1.1.1. Peut-on parler de maîtrise des orientations stratégiques dans le domaine hospitalier ?

Un établissement hospitalier est soumis à de nombreuses incertitudes lorsqu'il s'agit d'identifier les principaux axes de son développement. En effet, ceux-ci dépendent largement de facteurs externes, tels que les orientations des politiques publiques en matière de santé (le plan cancer en fournit un exemple significatif), les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), l'environnement concurrentiel et, surtout, des besoins sanitaires du bassin de population desservi.

Or, la conception et le développement d'une démarche de GPEC nécessitent du temps et une certaine stabilité. L'objectif étant de connaître les besoins de l'établissement en terme de ressources humaines pour satisfaire aux évolutions auxquelles il sera soumis, une certaine lisibilité de son avenir est requise. Rappelons que la démarche stratégique amène, après un rappel de la mission de l'institution sur laquelle elle porte, à

déterminer des objectifs de développement et à élaborer des plans d'action destinés à les atteindre.

1.1.2. Le projet d'établissement : axe fondateur de la vision stratégique à l'hôpital

Dans le secteur hospitalier, la réflexion stratégique fut introduite par la réforme hospitalière de 1991²⁴, qui incite les hôpitaux à adopter une réflexion stratégique, prospective et concertée, et s'inscrit en rupture avec la planification stricte de l'organisation sanitaire que connut la France jusqu'alors. Cette démarche trouve une formalisation dans le projet d'établissement et, plus particulièrement - et parce qu'il s'agit de la raison d'être de l'institution hospitalière, le projet médical. Signalons à cet égard que d'autres pays, à l'instar par exemple de la Belgique, retiennent également cette logique de projet d'établissement²⁵. Le projet d'établissement est une réflexion prospective portant sur les axes de développement de l'hôpital, pour les cinq années à venir, obligeant celui-ci à planifier ses objectifs, mais également les moyens qu'il compte mettre en œuvre pour les atteindre. Le Code de la santé publique indique ainsi que : « *le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédical, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement, de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs* ».

Le projet stratégique de l'hôpital est, en outre, complété par le contrat d'objectifs et de moyens (le COM), qui institue un partenariat entre l'institution hospitalière et l'agence régionale de l'hospitalisation, quant à la réalisation des orientations stratégiques arrêtées. Instaurés par l'une des ordonnances d'avril 1996²⁶, les COM déclinent les orientations stratégiques du SROS et précisent leurs conditions de mise en œuvre dans le cadre du projet d'établissement et du projet médical. Ils détaillent les changements que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et les conséquences budgétaires qui en découlent.

²⁴ Loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

²⁵ A titre d'initiative en la matière, il est possible d'évoquer la démarche stratégique du Centre Hospitalier Universitaire Brugmann de Bruxelles, qui s'est lancé dans l'élaboration d'un plan décennal au début de l'année 2004.

²⁶ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

1.1.3. La GPEC, créateur de lien entre vision stratégique et gestion des ressources humaines

Les deux instruments complémentaires, que constituent le projet d'établissement d'une part et le contrat d'objectifs et de moyens d'autre part, permettent dévaluer les besoins futurs de l'hôpital en moyens humains à mobiliser. Ils constituent donc, en eux-mêmes, un objectif à atteindre, au service des objectifs d'activité de l'établissement. La GPEC permet alors, après la mise en évidence de l'écart existant entre besoins et moyens, de concevoir une politique de réduction de cet écart adaptée. C'est-là tout le sens d'une politique de GPEC.

1.1.4. De la nécessité d'une vision stratégique pour l'élaboration d'une politique de GPEC

Si la GPEC peut légitimement être conçue comme le moyen de mettre en œuvre les axes stratégiques de l'hôpital, il ne faut en outre pas perdre de vue que l'inscription d'une démarche de GPEC dans une vision stratégique globale, constitue une condition essentielle de sa réussite. Elle suppose en effet une volonté politique forte, qui doit trouver une traduction tangible dans le projet social de l'établissement et le volet GRH du contrat d'objectifs et de moyens.

De plus, cette volonté politique doit bénéficier d'un prolongement dans la durée, les premiers résultats tangibles nécessitant parfois du temps pour se faire jour. Cette inscription dans le temps doit se doubler d'une réelle volonté de mettre en commun les thématiques qui ont trait à la gestion prévisionnelle des ressources humaines afin de développer une indispensable synergie entre les acteurs. En ce sens, il apparaît indispensable que la GPEC soit non seulement promulguée par les projets stratégiques de la structure, mais qu'elle soit également affichée comme objectif à atteindre, inscrite en tant que valeur de l'institution. Cette légitimation de la GPEC permet l'émergence d'un consensus autour de son utilité.

La gestion des ressources humaines de l'établissement est, on le voit, clairement placée au centre de la démarche stratégique, au travers du plan de formation, de la politique sociale et de la mobilisation du personnel. La gestion prévisionnelle des ressources humaines apparaît alors comme un outil au service de la satisfaction de ces

objectifs. Dès lors, et sur la base de ces objectifs, une démarche de GPEC peut être élaborée, comme le résume le schéma suivant :

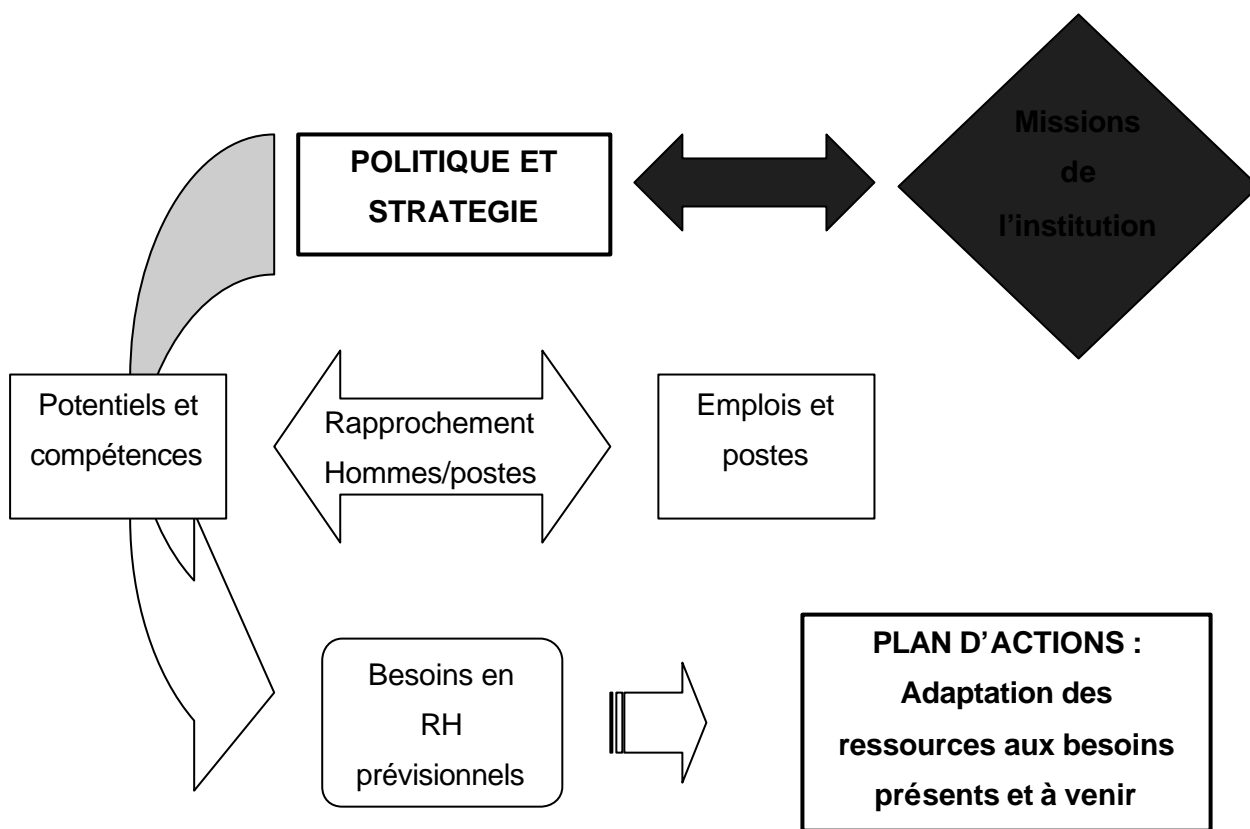


Schéma n°1 : L'approche stratégique de la GPEC

1.2. Une démarche « descendante » de GPEC au Centre Hospitalier de Haguenau

Les établissements hospitaliers peuvent aborder la GPEC sous deux angles, distincts mais complémentaires. Confrontés à une situation difficile touchant à leurs ressources humaines, ils peuvent être poussés à développer des stratégies de résolution du problème qui leur est posé. Tenter d'anticiper une situation de pénurie touchant au personnel infirmiers, situation susceptible d'avoir des répercussions sur les effectifs de l'établissement ; élaborer une politique de requalification des agents d'une blanchisserie dont l'activité sera externalisée ; rationaliser les procédures de recrutement en vigueur dans l'institution en vue de réorienter une partie des effectifs vers une activité nouvelle ; toutes ces situations sont autant d'exemples de champs d'actions possibles pour la mise en œuvre d'une politique de GPEC que l'on qualifiera alors d' « ascendante », en ce que

l'on part d'un problème pour tenter, au moyen d'une vision anticipatrice et en lien avec une vision stratégique globale, d'y apporter une réponse au moyen de la GPEC.

Le raisonnement peut néanmoins être inversé, en privilégiant un processus d'élaboration « descendant » dont l'étude fait apparaître trois phases :

- Définition de la stratégie de l'établissement : élaboration et planification des grands projets que l'hôpital se propose de mettre en œuvre et qui peuvent avoir une incidence sur les besoins futurs de l'établissement en ressources humaines, en termes quantitatifs comme qualitatifs.
- Analyse de l'écart entre ses ressources humaines et les besoins auxquels il faudra satisfaire, toujours au double plan quantitatif (quels effectifs et à quel endroit ?) et qualitatifs (quelles compétences et pour quoi faire ?).
- Elaboration d'une politique de résorption des écarts constatés, au moyens des outils GRH dont disposent les décideurs hospitaliers locaux (formation, promotion professionnelle, recrutement, mobilité, organisation du travail, ...).

Ce type de démarche demeure incontestablement le plus décrit par la littérature portant sur les questions de GPEC. C'est en effet ce raisonnement qui donne le plus de satisfaction au plan intellectuel, tant par son aspect globalisant que par le caractère éminemment stratégique que revêt ainsi la GPEC. Il faut toutefois remettre la GPEC dans le contexte hospitalier : dans un monde en proie à de multiples pressions, qui plus est en constante évolution, il n'est pas toujours aisé de se détacher de la gestion journalière des ressources humaines pour se projeter dans une politique qui, de plus, encourt le risque d'être déconnectée d'impératifs quotidiens. Aussi, nombreux sont les établissements qui initièrent une démarche de GPEC essentiellement « ascendante ».

Or, l'étude de la situation du Centre Hospitalier de Haguenau fait apparaître que la volonté, qui guida les réflexions préalables à l'instauration d'une démarche de GPEC, relevait davantage d'une approche descendante. L'établissement élaborait en effet une politique de GPEC qui s'affirme au travers de son projet social, dont l'objectif est de participer à la réalisation de son projet médical d'une part, de son projet de soins d'autre part. Dans cette conception, la GPEC – cœur du projet social – est un moyen parmi d'autres (plan directeur, projet de gestion, plan quinquennal d'investissement...), pour satisfaire cet objectif.

2. L'impulsion donnée par le Projet d'établissement

Le projet d'établissement du Centre Hospitalier de Haguenau, qui couvre la période 2001-2005, traduit cette conception particulière de la démarche GPEC entreprise au Centre Hospitalier de Haguenau. Les grandes orientations qu'il développe ont cependant vocation à résoudre les problèmes concrets auxquels le CHH est ou sera confronté.

2.1. Le contexte général

En guise de prolégomènes, signalons que le projet d'établissement fut adopté par le Conseil d'Administration de l'établissement le 22 juin 2001, et que son élaboration donna lieu à la mise en place de groupes de réflexion multidisciplinaires, mais aussi interprofessionnels. Chaque groupe de travail, sur la base du bilan du projet antérieur (1996-2000), formula des propositions sur les axes d'évolution de l'établissement pour la période concernée. Il est organisé autour de huit projets, dont le projet médical, le projet de soins et le projet social, ce dernier faisant une large part à la GPEC.

S'agissant de la méthodologie retenue, la démarche de concertation et d'association des personnels qui présida à l'élaboration du projet d'établissement, donna lieu à l'instauration d'un comité de pilotage en charge du projet social. Quatre ateliers de réflexion et de propositions furent également institués, dotés d'un cahier des charges défini par le comité de pilotage, dans le but de permettre « *dans le cadre d'une démarche ordonnée et encadrée, de structurer les réflexions qui se sont, en revanche, librement exprimées* »²⁷. Il convient en outre de relever que les ateliers furent constitués sur la base du volontariat, à la suite d'un appel à candidature lancé à l'intention de l'ensemble du personnel. Le bureau de la CME désigna également des représentants pour chacun des ateliers. Ceci démontre que le projet, élaboré dans un souci de concertation, a pu donner lieu à un diagnostic partagé de la situation et à une vision commune des orientations stratégiques à adopter en terme de gestion des ressources humaines, en fonction des axes médicaux exposés par le projet médical.

Chacun des ateliers traita une thématique principale en développant les questions qui en découlent. L'une de ces thématiques était intitulée « *gestion prévisionnelle des*

²⁷ Projet social du projet d'établissement 2001-2005 du CHH, page 17.

emplois et des compétences et formation », ce qui illustre tout l'intérêt que l'établissement porte à la matière qui nous intéresse, érigée en orientation stratégique essentielle du projet social. Au cours des travaux menés par les membres de l'atelier, les réflexions portèrent sur les domaines suivants :

- les ressources qualitatives et quantitatives,
- la notion d'emplois et de métiers,
- les définitions de fonctions,
- le glissement des tâches,
- la politique de promotion professionnelle,
- la mobilité,
- la pyramide des âges,
- l'identification des emplois sensibles.

Ces thématiques sont autant de champs de réflexion ouverts, destinés à cerner le domaine d'action d'une politique de GPEC. Elles forment l'articulation du volet GPEC du projet social de l'établissement avec le projet médical.

2.2. Les grandes orientations du Projet d'établissement en matière de GPEC

La partie consacrée à la GPEC au sein du volet social du CHH, aborde sept thématiques qui constituent autant d'objectifs prioritaires de l'établissement, pour la période 2001-2005. Ainsi, à chacun des problèmes mis en exergue par le projet, répond une série d'engagements qu'il s'agit d'honorer.

2.2.1. Une nécessaire clarification des fonctions des agents

L'adaptation des emplois et des compétences aux besoins – actuels et futurs – de l'établissement nécessite une connaissance précise du contenu des tâches que les agents sont chargés d'effectuer. Pour répondre à cet impératif et, par ce biais, appréhender les compétences qu'il convient de trouver pour y répondre, certains outils sont indispensables.

Il en va ainsi de la fiche de fonction, qui définit les différents rôles de l'agent, ses missions, ses relations hiérarchiques ; mais aussi du profil de poste, qui décline plus en

détail la fonction à l'échelle du poste de travail²⁸. Ces deux outils sont non seulement nécessaires au recrutement de l'agent, comme l'indique la référence 5 du manuel d'accréditation de l'ANAES, mais également à son évaluation, à l'appréciation de ses besoins de formation et des possibilités de mobilité qui lui sont offertes.

Le volet social du PE dresse le double constat du faible nombre de fiches de fonction réalisées jusqu'alors, seules les fiches concernant les fonctions de cadre de santé et d'IDE existant à cette époque au Centre Hospitalier, et de l'absence complète de fiche de poste. En conséquence, trois objectifs sont fixés pour répondre à cette situation :

- La validation des fiches de fonction des cadres de santé et des IDE pour l'année 2001, accompagnées des grilles d'évaluation correspondantes ;
- La rédaction et la validation des fiches de fonction des autres agents paramédicaux, des personnels techniques et administratifs en 2002 ;
- La déclinaison des fiches de fonction en autant de profils de postes que nécessaire.

2.2.2. La politique de promotion professionnelle

2.2.2.1. La promotion professionnelle : un outil d'anticipation et de valorisation du personnel

La promotion professionnelle est conçue, dans le projet social du CHH, comme l'un des outils essentiels d'anticipation des besoins de l'établissement et de valorisation du personnel soignant et médico-technique, au travers d'un soutien octroyé dans le but de réaliser les projets d'évolution professionnelle des agents. A cet égard, l'on peut considérer que la promotion professionnelle est à l'interface de deux sphères : l'une individuelle, l'autre institutionnelle. En effet, la Direction des ressources humaines et la Direction des soins n'accordent le bénéfice de la promotion professionnelle, en fonction de critères prédéterminés, qu'aux agents dont le projet d'évolution professionnelle est en adéquation avec les besoins actuels ou à venir de l'établissement, besoins qui découlent des orientations stratégiques. En somme, comme le résume M. ZIEGLER, attaché d'administration hospitalière à la DRH, « *les aspirations des personnels doivent être*

²⁸ Pour davantage de détail sur les notions abordées, voir infra, en première partie, « Définition de la notion et des concepts associés ».

conformes aux besoins de l'établissement, et les agents doivent trouver un intérêt à s'impliquer dans un projet d'évolution personnelle au même titre que l'institution ».

La promotion professionnelle n'est pas, à l'instar de la formation continue, un outil d'adaptation constante des compétences des personnels. Elle est un moyen de valoriser les agents les plus motivés, en leur permettant d'accéder à de nouvelles fonctions au cours de leur carrière. Elle permet ainsi la mise en œuvre d'une politique de GPEC par l'implication des personnels concernés. Le budget alloué à la promotion professionnelle au Centre Hospitalier de Haguenau représente 2,1 % de la masse salariale de l'établissement, soit près de 300 000 € par an.

2.2.2.2. Les objectifs assignés à l'établissement

Les critères d'attribution des promotions professionnelles ont été fixés en fonction des priorités de développement de l'hôpital sur les années couvertes par le projet d'établissement. La situation démographique de certaines catégories d'agents et l'évolution des qualifications requises pour exercer les fonctions paramédicales, fondent les principales orientations de l'établissement en la matière, à savoir :

- 7 agents pour la formation d'IBODE sur 5 ans ;
- 1 agent pour la formation d'IADE ;
- 3,5 postes de puériculteurs ;
- 3 agents par an sur les 5 années du projet, pour la formation de cadre de santé ;
- 1 à 2 agents par an pour l'accès aux fonctions d'aide-soignant ;
- 3 à 4 agents par an pour l'accès aux fonctions d'IDE, dans le cadre du passage aux 35 heures (réalisé depuis).

Ces priorités découlent largement d'une identification préalable des emplois sensibles, qui donnera lieu à des développements ultérieurs.

2.2.3. La mobilité comme instrument de la GPEC

La mobilité, au Centre Hospitalier de Haguenau, a été conçue comme « *une possibilité d'adéquation des moyens au sein de l'établissement* »²⁹ et, en cela, comme l'un des instruments de mise en œuvre de la politique de GPEC à l'hôpital. Les débats

²⁹ Volet social du projet d'établissement 2001-2005 du CHH, p.35.

ayant précédé l'élaboration du projet traduisent les attermoiments auxquels sont confrontés les responsables des ressources humaines hospitaliers : faut-il simplement inciter ou contraindre à la mobilité ?

Tout en affirmant la nécessité d'une incitation plus forte à la mobilité au CHH, de manière à en faire une culture d'établissement, le volet social se refuse à user de la contrainte. La généralisation de la publication des vacances de poste en interne, mais également l'introduction des définitions de fonctions, des profils de postes et la systématisation des entretiens d'évaluation sont autant de moyens de promotion de la mobilité interne. Les avantages qui en sont escomptés sont multiples, au premier rang desquels la motivation des agents ou le renforcement des équipes soignantes par des personnels dont on a déjà pu mesurer l'efficacité. Les orientations du PE en la matière, pour la période 2001-2005, sont les suivantes :

- L'instauration d'une Charte de la mobilité au Centre Hospitalier ;
- La détermination d'une politique de valorisation de la mobilité, par le biais d'un barème de notation plus favorable et/ou par la prise en compte des changements d'unité à l'occasion de l'examen des avancements de grade.

2.2.4. Les métiers sensibles

Cette partie du projet stratégique de l'établissement mérite d'être soulignée, en ce qu'elle constitue un axe fondamental de l'analyse de toute politique de GPEC en milieu hospitalier. La technicité de la plupart des métiers de la santé, les exigences réglementaires en terme de qualification et des situations démographiques professionnelles parfois tendues rendent ce niveau d'analyse incontournable. La détermination des métiers sensibles au Centre Hospitalier de Haguenau était indispensable à la connaissance des ressources humaines disponibles à court et moyen terme, en fonction notamment des grandes orientations d'évolution de l'activité de la structure sur les cinq années couvertes par le plan.

Le projet social isole deux facteurs principaux, permettant de déterminer quels sont - ou seront - les emplois susceptibles de poser problème, d'un point de vue quantitatif comme au plan qualitatif :

- la démographie : nombre de départ à la retraite important dans une même catégorie de personnels ;

- le recrutement avec, soit une pénurie affectant certains postes, soit un coût de recrutement important.

La catégorie des personnels soignants

Au titre des emplois sensibles, le personnel infirmier était prioritairement pointé, du fait de l'étalement important des tranches d'âge représentées, indiquant des départs en retraite à court et moyen terme, et des difficultés de recrutement anticipées dès 2001. Le personnel de bloc opératoire (IBODE) était plus spécifiquement identifié en raison d'un phénomène de glissement de tâches et de difficultés de recrutement. Cette situation était d'autant plus préoccupante que le CHH s'était fixé l'objectif d'atteindre un effectif cible de 15 IBODE, soit un besoin de 7 infirmiers spécialisés sur cinq années (objectif que nous détaillerons par la suite).

La catégorie des aides soignants apparaissait également comme potentiellement problématique, en raison du caractère évasé de la pyramide des âges concernée. L'essentiel des effectifs était compris, en 2001, entre 40 et 55 ans (60,67 % des effectifs totaux), ce qui devait indubitablement amener à prendre cette situation en considération.

Les cadres étaient tout aussi touchés par ce phénomène, 81 % des cadres de l'établissement ayant plus de 40 ans (dont 42,8 % ayant plus de 50 ans) au moment de l'élaboration du projet d'établissement. 18 cadres de santé avaient d'ailleurs été identifiés comme étant susceptibles de partir à la retraite avant 2010, sur un total de 42 agents, soit plus du tiers de l'effectif. Cette situation, à l'évidence problématique au plan du management interne de l'hôpital, pouvait également avoir des conséquences redoutables sur la « mémoire » de l'institution, donc sur l'identité même de celle-ci.

Les personnels techniques : une situation moins inquiétante

L'analyse de la situation démographique des personnels techniques et ouvriers ne semblait guère, alors, révéler de problèmes majeurs. Les effectifs des personnels travaillant à la blanchisserie, aux services techniques (ateliers) ou affectés au nettoyage et au transport étaient équitablement répartis entre les diverses tranches d'âges représentées. En revanche, le cas des agents travaillant à la cuisine du Centre Hospitalier semblait nécessiter une attention plus soutenue : sur les 33 agents qui y étaient alors affectés, sept devaient partir à la retraite sous cinq ans, et dix autres dans les dix années suivant le projet d'établissement. Soit plus de la moitié de l'effectif total en moins de dix années.

En outre, le projet social a dressé un état des lieux plus global que ne l'aurait permis la seule analyse des pyramides des âges des agents de cette filière technique et ouvrière. D'autres critères furent pris en compte, tels que les difficultés anticipées de recrutement sur ces postes, en raison notamment de grilles de salaires peu attractives, ou les besoins importants en formations professionnelles pour des métiers spécifiques (les métiers techniques nécessitant une grande polyvalence ou les emplois du secteur biomédical). Le secteur biomédical doit en outre faire face à l'importance du parc de matériel à entretenir, dont une partie souffre de vétusté, ainsi qu'à la dévolution de certaines tâches dans le domaine de la matériovigilance, par exemple.

2.2.4. Les glissements de tâches

2.2.4.1. Une problématique lourde de conséquences

La problématique du glissement des tâches constitue vraisemblablement l'une des préoccupations principales des responsables ressources humaines des établissements de soins. Cette situation revêt d'autant plus d'acuité au Centre Hospitalier de Haguenau que cette structure, sous-dotée en matière de personnel comme en témoigne la valeur de son point ISA (2,02 € en 2003), très inférieure à la moyenne régionale, est confrontée de ce fait à des difficultés pour assurer au mieux sa mission de prise en charge des patients. La pratique s'est donc accommodée d'aménagements à la règle stricte de la qualification requise pour occuper certains emplois soignants. Elle ne devrait pourtant souffrir aucune exception, comme l'affirmait, dès 1997 et d'un ton péremptoire Mme ETOURNEAU : « *Une aide soignante n'a pas sa place au bloc opératoire, une secrétaire médicale ne peut intervenir comme aide opératoire. Pour rester dans la légalité, il est indispensable de respecter la répartition des compétences. Elle ne souffre pas de dérogation, quelle que soit l'urgence* »³⁰.

La situation du CHH, qui ne fait probablement pas figure d'exception, pose toutefois des problèmes de responsabilité juridique importants. En effet, entre compétence et qualification, la confusion est répandue mais n'est pas sans conséquences. Dans une hypothèse de glissement de tâches avéré, et en cas d'incident dont aurait à souffrir un patient, la responsabilité de l'établissement est naturellement

³⁰ ETOURNEAU C. «Le bloc opératoire soumis au crible de l'analyse des juristes », DS n°116, juillet-août 1997, p. 20 et suivantes.

engagée, au titre de la responsabilité administrative. Par ailleurs, la responsabilité pénale du chef de l'établissement peut être mise en jeu, ainsi que celle du Directeur des soins, dans la mesure où ils auraient laissé perdurer une situation illégale, dont ils avaient pourtant connaissance. Les agents « fautifs » pourraient également voir leur responsabilité pénale recherchée, pour coups et blessures ou homicide involontaire à la suite de négligence, d'inobservation des règlements, voire pour exercice illégal de la médecine. Ajoutons enfin que des sanctions disciplinaires statutaires et déontologiques pourraient alors être prises à l'encontre des agents fautifs. Aussi le CHH a-t-il fait de la lutte contre les glissements de tâches un axe fort de son projet GPEC.

2.2.4.2. Les objectifs du Centre Hospitalier en la matière

Il fut procédé, lors de l'élaboration du projet d'établissement, à une énumération non exhaustive des diverses situations de glissement de tâches susceptibles de se rencontrer dans la structure. Pour n'en citer que quelques unes, retenons les situations :

- De l'infirmier vers l'aide-soignant : certaines tâches normalement dévolues aux personnel infirmier, sont parfois effectuées par les aides-soignants, telles que la préparation des médicaments, voire leur distribution ; la mesure de glycémie capillaire ; la prise de la tension artérielle ; la pose de bandes de contention. Plus délicat, au moment de la rédaction du PE, quatre aides-soignants exerçaient encore dans le champ opératoire du bloc.
- Du médecin vers l'IDE : furent alors identifiées des situations comme la confection de plâtres, la transcription de résultats de laboratoire, la rédaction de demandes d'examens.
- De l'aide-soignant vers l'agent des services hospitaliers : certains ASH installent parfois les patients pour la prise des repas, et leur portent assistance à cette occasion.

Dans le but de remédier à cette situation, le lien a été fait entre le glissement de tâches et l'insuffisance d'effectifs dans les unités de soins, particulièrement aux moments les plus chargés de la journée. Pour éviter que ne se reproduisent de telles situations, il fut proposé de généraliser la mise en place des équipes en 4/4/2 (ou 5/3/2, selon la charge de travail identifiée par les cadres), c'est-à-dire 4 agents le matin, 4 l'après-midi et 2 la nuit (un infirmier et un aide-soignant). L'objectif étant, à l'issue de la durée de validité

du projet d'établissement, de disposer dans l'ensemble des unités, de trois IDE le matin, deux l'après-midi et un la nuit. Cette orientation conduisait alors à envisager la création de 32 postes d'IDE et de 15 postes d'AS supplémentaires, option qui fut finalement retenue.

2.2.6. L'accueil des nouveaux agents

Cette thématique fait partie intégrante de la politique de GPEC au Centre Hospitalier de Haguenau, trouvant une place dans la partie du projet social consacrée à ce sujet. Le fondement de cette volonté de mettre en œuvre des procédures d'accueil et d'intégration, tant au niveau de l'établissement dans son ensemble qu'à celui des différentes unités, réside dans le souhait de satisfaire à la référence 6 du manuel d'accréditation, relative aux « *procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires (...)* »³¹. Cette référence incite les établissements hospitaliers à présenter aux nouveaux professionnels de la structure la mission, le plan stratégique, les secteurs d'activité, l'organisation, le fonctionnement et la gestion de l'information de l'hôpital. Cette information doit en outre être déclinée au niveau des différents secteurs d'activité. Elle doit concerner les exigences en matière de sécurité incendie ou de prévention des risques infectieux. Autant de sujets qui permettent aux agents de s'adapter aux particularismes du CHH, tout en garantissant une homogénéisation des connaissances des agents en la matière.

2.2.7. La formation continue

Enfin, dernière orientation en matière de GPEC que promeut le projet social, la politique de formation continue vise à assurer l'amélioration du niveau des compétences des personnels. Il s'agit naturellement de l'un des plus puissants leviers de toute politique GPEC en milieu hospitalier, au regard de l'évolution constante du niveau des exigences professionnelles. La formation continue doit être mise en regard des efforts consentis en matière de promotion professionnelle, ces deux instruments ayant vocation à se compléter. Dans le prolongement de la formalisation des procédures de recueil des demandes individuelles de formation, déjà effectuée en 2001, les objectifs fixés par le projet d'établissement en matière de formation continue sont les suivants :

³¹ ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de santé, p.79, février 1999.

- La mise en place des formulaires de demande de formation, afin que les agents puissent aisément remplir leurs demandes ;
- La formation de référents dans le domaine de l'informatique, dans chaque unité, et concernant les logiciels spécifiques utilisés par le Centre Hospitalier (Sagah, Pénélope, DxCare,...) ;
- La formation des cadres à la procédure d'évaluation, celle-ci étant considérée comme l'étape initiale indispensable de recensement des besoins de formation de chaque agent.

L'évaluation de ces objectifs est fixée à l'issue de la période couverte par le projet d'établissement, à savoir 2005.

2.3. Le COM : outil complémentaire de prospection

Dans le cadre de cette vision stratégique de la GPEC, il convient de prendre en considération le rôle fondamental joué par le Contrat d'Objectifs et de Moyens³². Celui-ci est en effet l'outil de mise en œuvre du projet d'établissement, notamment dans ses composantes financières. Le contrat d'objectifs et de moyen 2003-2005, signé le 4 avril 2003 entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace et le Centre Hospitalier de Haguenau, reprend certaines des grandes lignes du projet d'établissement en matière de GPEC.

2.3.1. Le renforcement des effectifs de base des unités de soins

La cible avait déjà été inscrite dans le projet social du projet d'établissement 2001-2005 du CHH. Il ne s'agissait en réalité que d'un instrument au service d'un objectif plus précis : la politique de lutte contre les glissements de tâches, dont les incidences négatives ont été explicitées plus haut. Les débats qui accompagnèrent l'élaboration du COM, entre l'hôpital et l'ARH d'Alsace, aboutirent à donner une légitimité à cet objectif. Il fut repris par le contrat d'objectif de 2003-2005, engageant ainsi les deux parties quant à l'ajustement des effectifs soignants. La réalisation de ce but nécessitait la création de 48 postes, indépendamment des effets inhérents à l'application de la réduction du temps de travail. Le COM prévoit en conséquence le recrutement, sur trois années (2003 à 2005),

³² Voir infra.

de 33 IDE et de 15 AS, pour un total de 594.700 € de dépenses au groupe 1, prises en charge par l'Agence.

Il faut cependant noter que cet effort a donné lieu à une contrepartie substantielle : la lutte contre l'absentéisme du personnel non médical, qui a donné lieu à l'élaboration d'une politique que nous détaillerons par la suite.

2.3.2. Le soutien à la politique de promotion professionnelle

Si la politique globale de gestion prévisionnelle des ressources humaines doit tirer sa légitimité du projet stratégique de l'établissement, les leviers sur lesquels elle s'appuie peuvent également faire l'objet d'une inscription dans la vision stratégique à moyen terme de la structure. Ce peut être, par exemple, le cas de la formation continue des personnels soignants, lorsque celle-ci sert un objectif opérationnel très précis.

Préparant, depuis plusieurs années, le projet de restructuration du plateau technique du Centre Hospitalier, la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins ont anticipé les besoins qui allaient découler de la reconfiguration du quartier opératoire. Trois facteurs se combinent en effet pour modifier sensiblement, à terme, les besoins de l'hôpital en personnels qualifiés. Le projet prévoit en effet une augmentation du nombre de salles d'opération qui, associée aux départs en retraite prévisibles, à la situation actuelle du marché de l'emploi s'agissant de personnels formés et à l'obligation réglementaire de ne plus disposer en salle d'opération que de personnels rigoureusement formés, rend toute inaction dangereuse en ce domaine.

La décision fut donc prise d'élaborer un plan de formation pluriannuel, en intégrant l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Alsace en tant que partenaire privilégié de l'hôpital. Le COM apporte un soutien à cet objectif de GPEC affiché par le projet social du projet d'établissement, en le reliant directement à l'objectif prioritaire de restructuration de l'ensemble bloc opératoire, bloc obstétrical, anesthésie-réanimation et stérilisation. Il comporte ainsi « *un programme pluriannuel, sur 2003-2004-2005 de formation professionnelle, afin d'anticiper les éventuelles difficultés de recrutement sur les emplois très spécialisés IBODE/IADE* »³³.

³³ Contrat d'Objectifs et de Moyens 2003-2005 ARH Alsace – Centre Hospitalier de Haguenau, p. 33.

L'adaptation des moyens en personnels et en compétences du Centre Hospitalier aux missions qui découleront de cette restructuration est donc assurée, notamment par l'attribution, par l'ARH d'Alsace, de crédits spécifiques pour le développement de la promotion professionnelle. Dans cette optique, le COM envisage la création de 18,53 postes dans le secteur d'anesthésiologie et de 30,78 postes concernant le secteur opératoire. Ces postes seraient ventilés comme suit :

ANESTHESIOLOGIE		BLOC OPERATOIRE	
	Postes à créer		Postes à créer
IADE	13,29	IBODE/IDE	21
IDE	4,02	AS	1,20
AS	1,22	ASH	3,37
		Brancardiers	4,21
TOTAL	18,53	TOTAL	30,78

Le projet vise à proposer à des infirmières d'obtenir la qualification d'IBODE ou d'IADE, par l'intermédiaire de la promotion professionnelle. Le COM inscrit donc le principe de la promotion professionnelle accordée à 2 IADE et 3 IBODE par an, sur les années 2003 à 2005.

Ces deux orientations, ainsi que celle portant sur l'accueil des nouveaux arrivants, sont rappelées dans les « fiches synthétiques d'objectifs opérationnels » n°PSOC-6, PSOC-7 et PSOC-8. Ces fiches visent à assurer le suivi de l'exécution des objectifs engageants à la fois le CHH et l'ARH, sur la réalisation des orientations retenues par le COM³⁴, à savoir :

- « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences » : la rédaction des fiches de fonctions et de postes, formation professionnelle et élaboration de la charte relative à la mobilité.
- « L'ajustement des effectifs soignants » : amélioration de la dotation des effectifs soignants pour établir l'effectif cible de 8 soignants la journée et 2 la nuit en vue de lutter contre le phénomène de glissement des tâches. L'apport financier de l'ARH est important : 1 682 000 € (création de 32 postes d'IDE et de 15 postes d'AS).

³⁴ Cf. en annexe les fiches synthétiques d'objectifs opérationnels concernées.

- « L'accueil des nouveaux agents et formation » : le but est de garantir la mise en place des procédures d'accueil, de généraliser les formulaires de demande de formation et de former des référents dans le domaines informatique.

Figurent donc, sur ces fiches synthétiques, la description de l'objectif à réaliser, les moyens particuliers à mettre en œuvre pour l'atteindre et les indicateurs d'évaluation retenus (libellé, modalités d'évaluation et périodicité). En la matière, le COM fait figure de soutien au projet d'établissement : en retenant certains des objectifs de GPEC affichés par ce dernier deux années auparavant, l'ARH signifie son encouragement à la réalisation de ces orientations qu'elle considère comme essentielles.

3. Deux exemples de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

La démarche de GPEC initiée au Centre Hospitalier de Haguenau est indéniablement le fruit d'une volonté stratégique émanant de la Direction de l'établissement. Promulguée par le projet d'établissement et intégrée dans le projet social, elle revêt sans doute un caractère descendant. Elle ne saurait nonobstant se résumer à cela : il ne suffit pas de graver une volonté dans le marbre pour qu'elle prenne corps. Encore faut-il la faire vivre et évoluer au quotidien, pour que la GPEC ne soit pas considérée comme un simple « gadget d'expert ressources humaines ». Le CHH a certes opté, dès 2001, pour une démarche descendante de GPEC, mais il a également su affronter les problèmes auxquels il a été confronté, adoptant ainsi une posture « ascendante » dans la mise en œuvre de sa politique. Deux exemples en témoignent.

3.1. L'absentéisme du personnel non médical

Le problème posé par l'absentéisme au CHH n'est pas anodin. Nous avons eu l'occasion de le dire, l'établissement est globalement sous doté en personnels soignants, comme en témoigne la faible valeur de son point ISA. Or, l'absentéisme pèse d'un poids d'autant plus important sur le fonctionnement quotidien des services de soins, que les effectifs sont calculés « au plus juste ». Ce phénomène peut donc avoir des conséquences désastreuses sur les ressources humaines de l'établissement : démotivation, épuisement, tensions au sein des équipes, maladies professionnelles voire accidents du travail. Le risque étant, à l'évidence, une dégradation significative de la

qualité de la prise en charge des patients. La tendance est à l'augmentation constante, comme en témoignent les chiffres émanant du rapport d'activité de l'hôpital, qui mettent en évidence, entre 2002 et 2003, que le nombre total de journées d'absence, toutes causes confondues, a augmenté de 3,41 %, passant de 25 540 à 26 411.

En outre, cet absentéisme emporte des conséquences sur le plan financier, puisque l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace conditionne l'allocation d'une partie des crédits, prévus au titre de l'augmentation des effectifs de base des unités de soins (48 postes au total au CHH), à la mise en œuvre d'une démarche volontariste en matière de réduction du nombre de journées d'absence du personnel non médical. Cet objectif fut d'ailleurs inscrit dans le COM signé en avril 2003 : « *L'établissement, préoccupé par le niveau d'absentéisme du personnel non médical, souligné par l'ARH, s'engage dans une démarche d'évaluation et de suivi, permettant de mettre en évidence les causes de cet absentéisme et d'améliorer la gestion des remplacements nécessaires* »³⁵.

La politique mise en œuvre visait donc à identifier les causes de l'absentéisme, puis à tenter d'y apporter une solution. Un groupe de travail a été mis en place au cours du premier semestre de l'année 2003, associant des membres de la Direction – au premier rang desquels, naturellement, le Directeur des ressources humaines et la Directrice des Soins – à des représentants des syndicats siégeant au Comité Technique d'Établissement et au médecin du travail de l'hôpital. Cette démarche participative permit de mettre en évidence les services les plus exposés, notamment en affinant l'utilisation des outils de mesure de la charge de travail existants, services destinés à bénéficier en priorité de moyens humains supplémentaires par le biais de recrutements ou, plus ponctuellement, par prélèvement sur le « pool » de remplacement. Enfin, la production de statistiques trimestrielles sur l'absentéisme, diffusées aux différents services concernés, permet d'attirer l'attention des cadres sur la situation de leur unité, comparée à la moyenne de l'établissement³⁶. Pour aller plus loin, l'établissement met également en relation les résultats en matière d'absentéisme pour cibler les besoins en formation spécifiques, comme l'inscription à l'école du dos. Ajoutons que l'ARH d'Alsace communique annuellement au CHH des données comparatives, devant permettre à l'hôpital de se situer par rapport aux autres structures d'hospitalisation publiques.

³⁵ *Ibid.*, p. 46.

³⁶ Cf., en annexe, un exemple de tableau trimestriel d'absentéisme.

3.2. La politique de renforcement des secrétariats médicaux

La situation des secrétariats médicaux a fait l'objet d'une attention toute particulière au cours de l'année 2004, du fait de l'importance que revêt ce secteur pour le Centre Hospitalier de Haguenau. Interface indispensable entre les usagers (patients, consultants et familles), les partenaires externes (médecins de ville, autres structures de prise en charge d'aval) et les différents intervenants hospitaliers, les secrétariats médicaux sont en outre nécessaires à l'organisation de l'accueil et de la prise en charge des patients. Ils permettent également de faciliter le travail du corps médical, en assumant un grand nombre de tâches administratives, dont le contenu est variable selon les services. Notamment, pour certains d'entre eux, la saisie des données PMSI, tâche dont on mesure bien l'importance dans le cadre de la tarification à l'activité.

Un autre facteur réside dans le fait que les relations entre certains médecins chefs de services, cadres et secrétaires médicales portaient en germe des difficultés de fonctionnement à venir. D'autant que les rouages de cette relation tripartite semble manquer de lisibilité, les responsabilités hiérarchiques et fonctionnelles étant parfois floues. Il apparaissait nécessaire de clarifier des situations potentiellement anxiogènes pour des agents qui, à raison de leur positionnement au sein de la structure et de l'importance de leur rôle auprès des usagers, sont soumis à de multiples contraintes. Cette nécessité était enfin renforcée par la prise en compte des effectifs des secrétariats médicaux qui rassemblent près de 90 agents, poids important au sein de l'établissement.

3.2.1. Pour un constat partagé

Bien que certains éléments laissaient présager des difficultés dans ce secteur qui n'avait jamais, auparavant, fait l'objet d'une prise en compte spécifique, la Direction de l'hôpital était consciente de l'absence d'un état des lieux clair : dans quels services en particulier, les problèmes se posaient-ils ? Sur quoi portaient-ils ? Face à ces interrogations, il importait d'analyser les problèmes auxquels l'hôpital pouvait tenter d'apporter une réponse. Le recours à un audit externe était donc justifié, qui présentait l'avantage d'associer un regard extérieur et impartial à une méthodologie éprouvée.

Le cabinet de consultants ANAXAGOR, sis en région Nord-Pas-de-Calais, fut chargé de mener cet audit à la fin de l'année 2003. La mission qui lui fut alors confiée était d'analyser le fonctionnement de l'ensemble des secrétariats médicaux et de proposer des pistes d'améliorations. Du mois de janvier au mois d'avril de l'année

suivante, de nombreuses rencontres avec l'ensemble des acteurs de terrains – toutes les secrétaires médicales firent l'objet d'entretiens -, la Direction des ressources humaines, les chefs des services concernés et les cadres, permirent d'analyser le fonctionnement de chaque secrétariat, de positionner les missions et responsabilités de chacun, enfin de dégager un certain nombre de propositions d'amélioration. Des restitutions collectives eurent lieu au cours du mois de mai 2004, à l'occasion desquelles l'ensemble des secrétaires médicales, des cadres et chefs de services purent assister.

Tout en brossant un portrait de chacun des 19 secrétariats (nombre de secrétaires, niveau de qualification, âge et ancienneté moyens...), l'audit retint deux niveaux d'analyse : l'un quantitatif, analysant la charge de travail en terme de nombre d'appels téléphoniques entrants et sortants, de dossiers d'hospitalisation traités, de consultations réalisées dans le service ; l'autre qualitatif, étudiant la performance globale de ceux-ci à l'aune de six critères :

- Organisation
- Management
- Locaux
- Equipements
- Compétence
- Cohésion de l'équipe

Parmi les constats dressés par l'audit, un certain nombre ressortissait directement de problématiques ressources humaines. Ainsi fut mise en lumière l'absence d'une politique globale des secrétariats médicaux, dont les règles d'organisation, de fonctionnement et de gestion sont disparates. De plus, le niveau de qualification des secrétaires contraste notablement avec la situation d'autres établissements hospitaliers de taille comparable : seuls 14 % des agents des secrétariats disposent de la qualification de secrétaire médicale, alors que la moyenne devrait se situer autour de 30 %. Il faut cependant noter que cette circonstance est contrebalancée par le fait que 80 % des agents sont titularisés, chiffre relativement élevé. Enfin, mais de manière plus ponctuelle, l'audit mit en exergue l'ancienneté moyenne particulièrement élevée des agents de quelques secrétariats, laissant présager de difficultés de fonctionnement à venir (départs en retraite sur une même période).

3.2.2. L'élaboration d'un plan d'actions cohérent

Pour répondre aux pistes de réflexion présentées par l'audit et améliorer ainsi la performance globale de l'ensemble des secrétariats médicaux, le Centre Hospitalier s'est ensuite lancé dans l'élaboration d'un plan d'actions pluriannuel global, au courant de l'été 2004. La démarche, pilotée par la Direction des Ressources Humaines, a associé les services techniques, les travaux et l'économat. En effet, la satisfaction des objectifs ressources humaines en la matière nécessite que l'ensemble du cadre de travail des agents des secrétariats soit pris en compte. Fidéliser les agents les plus performants, favoriser leur évolution professionnelle et leur garantir une reconnaissance, anticiper les problèmes de recrutement et former les secrétaires aux nouvelles techniques qui leur appartiendra de mettre en œuvre : tous ces moyens ne peuvent satisfaire à l'objectif de performance globale que s'ils sont associés à une réflexion organisationnelle et structurelle. La GPEC ne peut se concevoir dans le seul cadre des ressources humaines : l'amélioration des conditions de travail, par exemple, requiert l'intervention d'acteurs externes à la DRH.

Le plan d'actions, encore en phase de finalisation à ce jour, devrait prévoir certaines mesures correctives, certaines destinées à accroître le nombre d'agents titulaires de la qualification de secrétaire médicale (recrutement, promotion professionnelle), d'autres visant à donner une cohérence d'ensemble au fonctionnement des secrétariats médicaux, notamment en instaurant un service des secrétariats médicaux, dont le responsable définirait une politique annuelle des secrétariats et trouverait des relais en la personne des secrétaires référentes, instituées dans tous les secrétariats de plus de 5 agents. La mise en œuvre du plan, programmée sur les années 2004 à 2006, vise essentiellement à satisfaire un impératif de GPEC : l'adaptation constante des moyens humains et leur utilisation optimale, en dépassant les difficultés présentes et en anticipant celles à venir.

PARTIE 3 : LIMITES ET ENSEIGNEMENTS DE L'EXPERIENCE

La démarche GPEC initiée au CHH, d'inspiration « descendante » mais également résolument axée sur les thématiques quotidiennes, témoigne indéniablement d'une volonté d'anticiper les évolutions de l'établissement. Une telle politique doit cependant donner lieu à une évaluation constante, afin de vérifier la pertinence des moyens mis en œuvre et d'apporter les correctifs qui s'imposent. Cette évaluation est d'autant plus nécessaire que des facteurs, internes comme externes à l'hôpital, complexifient la réalisation d'une démarche qui demeure perfectible.

1. Etat des lieux de la démarche menée

Cet état des lieux peut être réalisé au travers de deux sources : l'évaluation régulière du projet social et l'étude des résultats de la démarche d'accréditation que vient de conclure le CHH.

1.1. L'évaluation des objectifs du projet social

Il convient d'emblée de relever que la mise en œuvre de la politique de GPEC au Centre Hospitalier de Haguenau fait l'objet d'une évaluation régulière. La Direction de l'établissement a, en effet, veillé à ne pas laisser s'essouffler la démarche engagée à l'issue de l'adoption du projet d'établissement. Une évaluation annuelle de la réalisation des objectifs du projet social est donc réalisée, par les différents groupes de travail constitués lors de l'élaboration du projet.

L'évaluation de la démarche GPEC est ainsi menée par un atelier composé de cadres et cadres supérieurs de santé, de représentants syndicaux et de membres de la Direction des Ressources Humaines. L'animation et le secrétariat des séances de travail sont confiés à M. MAYER, Directeur de la Qualité, dénotant clairement la volonté, non seulement d'inscrire la GPEC dans une démarche d'amélioration constante de la qualité, mais également de la doter d'une rationalité s'inspirant des outils qualité.

1.1.1. Des efforts certains en matière de clarification des fonctions des agents

Cet objectif du projet social de l'hôpital emportait, pour tendre à sa réalisation, l'élaboration et la validation de fiches de fonction et leur déclinaison en autant de profils de postes que nécessaire.

L'évaluation de la réalisation de ces buts était prévue pour l'année 2003. L'étude de l'état d'avancement de ces chantiers fait cependant apparaître que, trois ans plus tard, ces objectifs ne sont pas intégralement atteints et que leur réalisation a parfois pris un retard important. En effet, la rédaction des définitions de fonction et des profils de poste n'a pu, du fait de contraintes diverses, être réalisée au cours de l'année 2002 comme cela était initialement prévu. Les travaux commencèrent fin 2003, à l'initiative conjointe de la Direction des Ressources Humaines et de la Direction des Soins. Les définitions de fonction furent achevées en avril 2004 et les fiches de postes à la fin du premier semestre de la même année. Les profils de postes déjà réalisés à ce jour servent effectivement de support aux procédures de recrutement des agents. En revanche, il n'est à ce jour pas possible d'anticiper sur la réalité de l'intégration de ces outils dans la procédure d'évaluation annuelle des personnels. Objectif dont la réalisation demeure indispensable à l'anticipation individualisée des besoins en formation et à une optimisation de l'intégration des nouveaux agents dans les secteurs d'activité.

1.1.2. Un bilan de la politique de promotion professionnelle

1.1.2.1. Un aléa difficilement maîtrisable

Les cibles que l'établissement s'était fixé en 2001 étaient chiffrées, permettant ainsi un suivi précis de leur niveau de réalisation : 7 promotions professionnelles pour la formation d'IBODE sur 5 ans ; 1 pour la formation d'IADE ; 3,5 pour la formation de puériculteur ; 3 agents par ans pour l'entrée à l'école des cadres de santé, 3 à 4 agents par an pour la formation d'IDE ; enfin, 1 à 2 agents par an pour la formation d'aide-soignant.

L'évaluation de l'accomplissement de ces objectifs, menée au début du premier semestre 2004 laisse apparaître des difficultés, notamment liées au fait que l'établissement demeure tributaire de la réussite des candidats qu'il soutient, aux différents examens et concours d'entrées dans les écoles de formation. En effet,

s'agissant de l'entrée en formation d'IBODE, seuls deux agents réussirent le concours d'entrée en 2002 et 2003. Il semble en conséquence difficile de prévoir la réussite de 5 autres agents, au cours des années 2004 et 2005, qui seule permettrait de satisfaire à l'objectif assigné. La situation est similaire s'agissant des cadres de santé, puisque seuls un agent en 2002 et deux agents en 2003 sont entrés en formation à l'école des cadres (3 en 2003).

Nonobstant cet obstacle, la Direction du CHH a tenté d'accroître les chances des agents porteurs d'un projet et susceptibles de bénéficier d'une promotion professionnelle, en garantissant la prise en charge, et ce de manière systématique, des formations préparatoires aux concours d'entrée des écoles concernées. Cette politique, inscrite dans le projet social de l'établissement, permet de valoriser les personnels qui s'engagent dans une démarche d'évolution professionnelle répondant aux besoins futurs de l'institution.

1.1.2.2. De nécessaires aménagements

La non réalisation de l'un des objectifs du volet « promotion professionnelle » du projet social, concernant les agents souhaitant entrer en Institut de Formation en Soins Infirmiers pour obtenir un diplôme d'IDE, tient paradoxalement à l'absence de difficultés réelles de recrutement des personnels infirmiers depuis 2002. En effet, cet objectif dépendait largement des conditions de mise en œuvre de l'aménagement du temps de travail au sein de l'hôpital. Or, le chiffre de 3 à 4 agents par an est apparu surestimé au regard de l'augmentation importante des quotas d'étudiants d'une part, de l'attractivité du Centre Hospitalier dans le secteur sanitaire et la région d'autre part. Aussi cet objectif a-t-il été revu à la baisse à compter de 2003, après avoir été satisfait en 2002. Il lui fut substitué l'attribution d'allocations d'études à 21 étudiants en IFSI au titre de 2004.

Cette modification appelle cependant une remarque. La promotion professionnelle, on l'a vu, est un outil d'adaptation des compétences aux besoins de l'établissement, d'implication de l'agent dans un projet d'évolution personnelle et de valorisation de cette implication. Or, la transformation de l'octroi de promotion professionnelle en allocations d'étude, si elle permet de satisfaire aux besoins à venir de l'établissement, répondant ainsi à un impératif de GPEC, n'obéit plus à une logique d'implication et de valorisation du personnel en place. Cette pratique réduit par conséquent des opportunités d'évolution de carrière, au détriment de catégories d'agents dont le poids démographique est important, au premier rang desquels les aides-soignants et les agents des services hospitaliers.

Enfin, notons qu'aucun agent n'a bénéficié de la promotion professionnelle au titre de l'entrée en formation d'aide-soignant en 2002 (pour un seul agent en 2003), du fait de l'insuffisance des crédits de l'établissement en ce domaine et de l'effort consenti au profit des personnels infirmiers. Le rationnement budgétaire a donc contraint l'hôpital à opérer un choix et à hiérarchiser les priorités qu'il s'était fixées.

1.1.3. La mobilité : un objectif difficile à satisfaire

Le projet social du Centre Hospitalier souhaite inciter à la mobilité interne, sans toutefois chercher à la contraindre. Ceci, notamment, en élaborant au terme d'une démarche participative, une charte sur la mobilité.

Le constat qui peut être dressé après trois années de tentative de mise en œuvre de cet objectif est mitigé. L'axe principal d'incitation à la mobilité, la Charte, nécessite une forte implication de la part du personnel de l'établissement et, surtout, des représentations syndicales. Cette charte devrait être élaborée au cours de l'année 2005. Néanmoins, la règle de publication systématique des postes vacants dans l'établissement dû s'accommoder d'assouplissements, en raison des difficultés de recrutement qui se sont posées concernant certaines fonctions (notamment sur les postes d'infirmiers). La difficulté inhérente à la nature de la politique interne sur la mobilité, qui demeure à la libre initiative des agents, ne peut qu'aboutir à faire de cet outil un instrument accessoire de la gestion prévisionnelle des ressources humaines au CHH.

1.1.4. La thématique des emplois sensibles : une absence d'objectifs clairs en ce domaine

Le repérage des emplois sensibles devrait conduire à la détermination d'objectifs d'action à visée corrective. Identifier un problème n'amenant pas nécessairement à le résoudre, l'établissement aurait probablement du être amené à élaborer une politique en la matière. Ces constats n'ont cependant pas donné lieu à la détermination d'objectifs quantifiables, ni à l'élaboration d'un plan d'action. Sans doute cette situation s'explique-t-elle par la difficulté, qui s'impose en la matière, de trouver des solutions innovantes. La réponse essentielle consiste certainement à intégrer le caractère sensible de ces emplois dans la politique de recrutement de la DRH et de la DSI, afin que soit réalisé un effort à destination des candidats qui, à qualification ou compétences égales, sont les plus jeunes. Cette volonté fut effectivement traduite dans les faits au cours des trois années écoulées, comme en témoignent la pyramide des âges des personnels infirmiers, par

exemple. Sans doute peut-on cependant regretter qu'aucune politique n'ait été définie à l'intention de la catégorie plus spécifique des personnels administratifs, qui sera pourtant en proie à des difficultés prochaines en raison de l'indéniable vieillissement de ses effectifs.

Concernant le manque d'attractivité de certains des emplois techniques et ouvriers, le choix a été fait de valoriser ces métiers sensibles. Une politique de fidélisation s'est concrétisée par la transformation de postes, au cours des années 2002 et 2003, en dotant l'établissement de maîtres ouvriers dans tous les corps de métiers ouvriers le permettant d'un point de vue statutaire, cadre d'emploi supposé plus attractif. Le résultat de cette politique n'est pas négligeable, puisqu'un seul départ fut constaté en 2001, et aucun en 2002.

1.1.5. Les glissements de tâches

L'atelier chargé de l'évaluation régulière du projet social, qui s'est réuni pour la dernière fois en février 2004, a conclu à la persistance des glissements des tâches repérés dans le cadre du projet social 2001. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'une partie des moyens humains supplémentaires prévus dans le projet d'établissement, relayé en ce sens par le contrat d'objectifs et de moyens, a déjà été accordée.

Face à ce constat, la Direction de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier de Haguenau a réaffirmé sa détermination à ne dispenser que l'apprentissage des seuls gestes techniques, entrant strictement dans le champ des compétences officielles des professionnels formés en son sein. De même, la Direction des Soins veille, lors des différents recrutements qu'elle opère, à rappeler les limites des compétences des professionnels de santé, afin qu'elles soient strictement observées.

Il n'en demeure pas moins vrai que le phénomène de glissement des tâches repose sur des éléments « historiques » au CHH. Certaines fonctions, dans un contexte de nécessité liée à l'insuffisance des effectifs budgétés, sont assumées de longue date par des professionnels, certes non qualifiés en ce domaine, mais disposant de compétences techniques indiscutables. Pour garantir le respect des normes en vigueur, tout en tenant compte des situations individuelles, l'hôpital souhaite favoriser et accompagner l'adaptation à la réglementation à travers :

- L'accès aux études d'infirmiers pour les aides-soignants dont l'âge et les capacités le permettent ;
- Des reconfigurations d'équipes valorisant le rôle de chacun dans le respect des compétences propres réglementaires.

1.1.6. L'accueil des nouveaux agents

L'accueil des nouveaux agents du Centre Hospitalier est, depuis plus de trois années, régulièrement organisé. Le rythme retenu jusqu'à présent est semestriel, permettant ainsi de favoriser l'insertion des nouveaux agents à intervalles réguliers. La DRH organise cet accueil, en collaboration avec l'ensemble des directions fonctionnelles et des services techniques (notamment pour ce qui concerne la formation à la sécurité incendie). Une procédure relative à « l'accueil des nouveaux agents au Centre Hospitalier de Haguenau », formalisant cette phase importante de l'intégration des personnels, a été élaborée et diffusée en mars 2003.

En outre, et depuis peu, une formation systématique aux risques infectieux ainsi qu'aux gestes et postures à adopter dans l'exercice de sa profession, est dispensée par l'équipe opérationnelle d'hygiène. L'objectif de cette formation est de prévenir les accidents d'exposition au sang et les risques de maladie professionnelle.

Enfin, la Direction du Service de Soins Infirmiers est chargée de rédiger, au cours de l'année 2004, une procédure d'accueil des nouveaux agents dans les services de soins, afin de compléter le dispositif existant. Cette procédure est actuellement en cours d'élaboration.

1.2. Une évaluation externe de la démarche GPEC : l'accréditation

Pour juger de la qualité de la politique de GPEC menée au CHH, il semble logique de se fonder sur les résultats de la démarche d'accréditation, dans laquelle l'établissement s'est lancé depuis 2002. En effet, l'accréditation ambitionne d'aider les établissements hospitaliers à améliorer constamment la prise en charge du patient, objectif qui constitue la légitimité même de la GPEC en milieu hospitalier. Bien que la procédure ne soit pas encore tout à fait menée à son terme, l'établissement attendant encore le rapport final d'accréditation, le rapport élaboré par les experts visiteurs a déjà été transmis et peut constituer une source importante d'informations sur l'état de la démarche GPEC au CHH.

1.2.1. Les résultats de la démarche d'accréditation en matière de GPEC

Les observations du groupe des experts de l'ANAES ayant visité l'établissement en décembre dernier fournissent un bilan globalement satisfaisant de la démarche GPEC qui y est menée. Le rapport des experts met ainsi en exergue l'inscription de la GPEC comme axe essentiel du projet social, qui « *s'appuie sur les orientations du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens* »³⁷. La qualité du caractère participatif de la démarche est également soulignée, qui associa, lors de son élaboration, personnels et partenaires sociaux.

Concernant la thématique plus spécifique de la GPEC, le rapport insiste sur le fait que la politique de GPEC s'appuie sur les évolutions politiques, structurelles et organisationnelles de l'hôpital, insistant sur la nécessité qu'un tel outil prenne en compte la dimension stratégique de la structure. Autre point positif, les recrutements des personnels tiennent compte des profils de postes existants qui n'étaient cependant, en décembre 2003, pas encore généralisés. Enfin, la politique de formation des personnels est jugée satisfaisante, notamment en ce que « *le plan de formation professionnelle s'appuie sur la politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et les orientations stratégiques de l'hôpital* », indiquant clairement que la politique de formation continue est en adéquation avec les objectifs découlant de la démarche GPEC poursuivie.

Certains points furent néanmoins relevés comme devant être améliorés, à l'instar de l'absence de généralisation des profils de postes. Il en est ainsi de l'entretien annuel d'évaluation, réalisé de manière hétérogène selon les secteurs, et qui a vocation à être systématiquement réalisé.

1.2.2. Une évaluation externe encore insuffisante

Si l'évaluation menée par les experts visiteurs semble flatteuse pour le CHH, il est permis de s'interroger sur la pertinence des indicateurs retenus. Si la démarche d'accréditation dans son ensemble, et plus particulièrement la phase d'autoévaluation, paraît propice à faire émerger une prise de conscience des forces et faiblesses de la gestion des ressources humaines, le fait de satisfaire aux critères posés par le manuel d'accréditation ne peut valoir approbation d'une politique de GPEC. Celle-ci ne constitue

³⁷ Rapport des experts visiteurs du Centre Hospitalier de Haguenau, ANAES, p. 76.

pas la seule préoccupation de l'ANAES. Une politique de GPEC, globalisante par nature, vise à garantir une juste adéquation des moyens humains aux besoins de l'établissement, finalité que ne prend pas réellement en compte l'accréditation, qui vérifie la mise en œuvre de moyens, non de résultats. Si l'on s'en tient à la lettre des référentiels élaborés par l'ANAES et portant sur la GPEC, ils semblent insuffisants pour juger globalement de la qualité d'une telle politique.

Toutefois, et si la première version de l'accréditation souffre de ces insuffisances, la seconde version du manuel d'accréditation semble prometteuse en matière de gestion des ressources humaines. Le manuel introduit les références tenant aux ressources humaines en présentant les ambitions de la nouvelle démarche :

« La qualification, la compétence et la motivation des acteurs contribuent, pour une grande part, à la qualité de la prise en charge des patients. L'objectif des références Ressources humaines, du référentiel 2, consiste, pour l'établissement, à s'assurer : de l'adéquation de ses personnels avec ses besoins, et du maintien du niveau des compétences et leur évolution, par le biais de la formation et l'attention portée à leurs conditions de travail »³⁸. Autant d'éléments qui constituent à la fois les objectifs et les outils de la mise en œuvre d'une politique de GPEC à l'hôpital.

Le manuel comprend désormais des référentiels que le CHH s'efforce déjà de satisfaire : identification et clarification des responsabilités (référentiel 10.a.), adaptation ressources humaines aux évolutions de l'établissement (référentiel 10.b.), formalisation des recrutements (référentiel 12.a.), formalisation de l'accueil et de l'intégration des personnels (12.b.), évaluation (12.d.). Autant de critères qui pourront, à terme, véritablement inscrire la GPEC comme axe essentiel de la démarche d'accréditation et valoriser les efforts consentis par les hôpitaux en la matière.

³⁸ Manuel d'accréditation de l'ANAES p. 37, seconde version, Direction de l'Accréditation, novembre 2003.

2. La réussite d'une politique de GPEC : face aux incertitudes, mettre toutes les chances de son côté

La réussite d'une politique de GPEC à l'hôpital public est soumise à de nombreux aléas. L'exemple du CHH est, à cet égard, édifiant qui met en exergue les incertitudes auxquels sont soumis les décideurs hospitaliers en ces temps de réforme permanente. Aussi peut-on dégager certains des préalables essentiels qui conditionnent la réussite d'une démarche GPEC, dont tous n'ont peut-être pas été totalement maîtrisés par le Centre Hospitalier de Haguenau.

2.1. LA GPEC en proie aux incertitudes

2.1.1. La tarification à l'activité : quelle lisibilité pour une politique de GPEC ?

L'un des points susceptibles de perturber la mise en œuvre de la politique de GPEC au CHH réside dans les conséquences de la mise en œuvre de la T2A. Cette réforme du mode d'allocation budgétaire emporte en effet un certain nombre de conséquences sur la gestion classique des ressources humaines. Désormais, l'évaluation des besoins de l'établissement en matière de ressources humaines ne pourra faire abstraction des moyens financiers disponibles pour les réaliser. Or, en l'état actuel du processus de montée en charge de la T2A, il n'est guère possible d'anticiper, et donc de planifier, sur le moyen et le long terme, quels seront les moyens financiers de l'hôpital pour mettre en œuvre les grands projets dont il s'est assigné la réalisation. Les recrutements devront, dans cette logique, être réalisés en fonction des recettes attendues par l'hôpital, synthétisées par l'EPRD (Etablissement Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) à compter de 2006, recettes générées par l'activité et qui gageront les augmentations d'effectifs.

Pourtant, diverses inconnues persistent, qui paraissent devoir perturber cette équation. La première réside dans l'incertitude portant sur les règles d'évolution des tarifs des GHS (groupes homogènes de séjours) qui pourront, d'une année sur l'autre, varier indépendamment de la « production » de l'établissement. Autrement dit, un hôpital dont l'activité, en hausse d'une année sur l'autre, sera bien valorisée en année n , pourra légitimement être tenté d'ajuster ses effectifs soignants en fonction des prévisions d'activité pour l'année $n+1$. Mais, même si ces prévisions se réalisent, un ajustement « prix-volume » au niveau national pourra affecter certains des GHS qui constituent une grande part de l'activité de cet établissement, réduisant ainsi ses recettes. Cette situation,

dont on ne peut actuellement écarter tout risque de survenance, illustre la difficulté d'anticiper les besoins d'un hôpital dans un contexte de tarification à l'activité, à moyen et surtout à long terme, et donc de préjuger des ressources financières qui en découleront. Or, les recrutements par voie statutaire étant, dans la fonction publique hospitalière, la règle, les charges de personnels constituent une charge à long terme, qu'il paraît illusoire de prétendre gager par des subsides non pérennes. Deux logiques semblent être en contradictions, l'une basée sur une pérennité de l'emploi public affirmée par le statut de la fonction publique ; l'autre qui tente de rationaliser les dépenses de santé, en érigeant le principe de la précarité des sources de financement. Voici une donnée nouvelle qui risque fort de compliquer singulièrement la tâche des décideurs ressources humaines hospitaliers.

2.1.2. Le devenir des COM et leurs conséquences sur les politiques de GPEC : un « dommage collatéral » de la réforme T2A ?

Les contrats d'objectifs et de moyens, signés entre les établissements de santé et les ARH, prévoient le plus souvent l'allocation de crédits spécifiques pour la mise en œuvre d'orientations en matière de ressources humaines, celles-ci étant considérées comme le moyen de mettre en œuvre des objectifs en matière de réorganisation de l'offre de santé, voire de santé publique. C'est, nous l'avons vu, précisément le cas du Centre Hospitalier de Haguenau, qui a contractualisé l'obtention de crédits destinés à la mise en œuvre de sa politique de GPEC avec l'ARH Alsace.

La mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité a cependant notablement modifié la donne initiale, en restreignant les possibilités financières des ARH de respecter les engagements nés des COM. Ainsi, le CHH s'est-il vu amputé d'une partie des crédits 2004 destinés au financement des objectifs du plan social de l'établissement, au titre de l'application de la T2A. 10 % des crédits sont ainsi annulés pour 2004 (chiffre probablement porté à 20 en 2005, dernière année d'exécution du COM), rendant impossible, pour l'hôpital, la mise en œuvre intégrale de sa politique de promotion professionnelle et de mise à niveau des effectifs soignants. Cette situation, loin de constituer un cas isolé, contribue à troubler la lisibilité à court et moyen terme que requiert toute démarche de GPEC.

2.1.3. Les évolutions réglementaires et leur impact sur le démarche GPEC

Autre témoin du caractère mouvant du milieu hospitalier, les évolutions réglementaires ayant un impact direct sur les besoins en ressources humaines. Dans un souci d'amélioration constante de la sécurité et de la qualité des soins dispensés à l'hôpital, de nombreux textes viennent encadrer les pratiques des professionnels, imposant des normes quantitatives ou qualitatives. Sans prétendre à l'exhaustivité, il est possible de citer les décrets relatifs à la périnatalité de 1998, spécifiant les normes minimales de fonctionnement, relatives notamment aux effectifs, auxquels les établissements doivent répondre pour pouvoir pratiquer les activités d'obstétriques, de néonatalogie et de réanimation néonatale³⁹. La pratique de l'anesthésie fit également l'objet d'un renforcement de l'encadrement réglementaire en 1994⁴⁰. De telles modifications réglementaires nécessitent naturellement une adaptation constante des moyens humains mis en œuvre dans ces secteurs, tant en termes quantitatifs que qualitatifs. La GPEC a bien vocation à répondre à de pareils enjeux, mais la multiplication de ces réformes, dans un contexte déjà marqué par le passage aux 35 heures de jour et aux 32h30 de nuit, vient amenuiser les leviers d'actions disponibles.

Dans un milieu en constante mutation, dans un contexte de réforme budgétaire dont la portée ne peut, à ce jour, être clairement mesurée, la GPEC est, plus que jamais, placée sur le devant de la scène. Elle paraît cependant peu armée pour affronter l'ensemble de ces défis. Plus que jamais, sa mise en œuvre nécessite que soient rassemblées plusieurs conditions, et que toutes les énergies soient mobilisées.

2.2. Les conditions de réussite d'une démarche de GPEC : analyse de l'exemple hagenovien

L'exemple du Centre Hospitalier de Haguenau permet d'identifier trois grandes conditions de réussite d'une politique de GPEC. La première, dont nous avons précédemment exposé le caractère fondamental, réside dans l'intégration de la démarche dans une vision stratégique à moyen et long terme. A cet égard, le CHH paraît avoir parfaitement compris les enjeux de ce préalable indispensable, adoptant même une démarche à dominante « descendante ». Mais cette condition doit, à minima, être

³⁹ Décrets n°98-899 et 98-900 du 9 octobre 1999 et arrêté du 1er avril 1999.

⁴⁰ Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994.

associée à une parfaite connaissance de la structure, connaissance qui doit, en outre, être partagée par l'ensemble des acteurs.

2.2.1. L'indispensable partage de l'information

Cette étape du raisonnement, pour évidente qu'elle puisse paraître de prime abord, n'en revêt pas moins un caractère indispensable dans la mise en œuvre d'une politique de GPEC. En effet, l'adéquation des ressources aux besoins, présents et plus encore, à venir de l'hôpital, nécessite de mesurer les moyens humains dont l'établissement dispose. Cet état des lieux doit mettre en lumière les forces et les faiblesses de la ressource en personnels de l'institution, tant dans son aspect quantitatif qu'au plan qualitatif, comme expliqué plus haut.

Dresser un état des lieux revient impérativement à aborder la question sous l'angle quantitatif : de combien d'agents dispose-t-on, à cet instant, dans un service donné ? La question peut être affinée autant qu'elle peut faire l'objet de déclinaisons, permettant de disposer d'une photographie donnée, à un instant précis. Ainsi peut-on chercher à connaître le nombre d'infirmiers actuellement en fonction dans l'ensemble des services de l'établissement, d'aides-soignants dans la fédération de Pédiatrie ou encore d'agents administratifs au sein de la Direction des Services Economiques.

C'est ici qu'apparaît la nécessité de disposer d'outils statistiques disponibles et exploitables. Les tableaux de bord, déclinés par service et agrégés au niveau de l'établissement permettent d'obtenir une vue d'ensemble de l'état des ressources disponibles, des éventuels écarts avec les « effectifs-cibles » déterminés par la Direction des Soins. Ils présentent également l'avantage de déduire les points de tensions sur lesquels il conviendra d'intervenir, le plus souvent à court terme lorsque la difficulté n'est que conjoncturelle mais également, si elle est davantage structurelle, à moyen terme. La Direction des Soins du Centre Hospitalier de Haguenau a, depuis la seconde moitié de l'année 2004, entrepris de se doter de ce type d'outils. Il en existe actuellement deux :

- Les tableaux de bord de suivi des effectifs ;
- Les tableaux récapitulatifs des emplois vacants ;

L'un des objectifs qui est assigné aux tableaux de bord de suivi des effectifs est d'exposer les données relatives à l'adéquation des ressources en personnels aux besoins revendiqués par les cadres des services de soins. Les tableaux de bord, réalisés sous

format Excel, font état des effectifs budgétés ou théoriques, et mettent en regard les effectifs réels dont disposent les services⁴¹. Ils sont présentés par unité fonctionnelle et sont synthétisés par département ou fédération. Ces tableaux sont tenus à jour par la Direction des Soins de manière périodique, en fonction des départs et des arrivées constatées, tant à Direction des Soins qu'au bureau des carrières de la Direction des Ressources Humaines. Ils sont ensuite transmis aux cadres supérieurs et servent de base aux projets de recrutements de la Direction des soins. Dans le but de faire partager cet outil aux cadres de santé, il est également prévu de permettre la diffusion des tableaux sur le réseau Intranet de l'établissement, permettant ainsi une consultation plus aisée.

Les tableaux de bord relatifs au suivi des postes vacants présentent quant à eux, une vue d'ensemble des emplois soignants actuellement non pourvus ou prochainement vacants, par catégorie d'emplois. Y sont donc recensés les postes de cadres, d'infirmiers, d'infirmiers spécialisés, d'aides-soignants, d'agents des services hospitaliers, de kinésithérapeutes, de manipulateurs en radiologie, de techniciens de laboratoire ou de psychologues actuellement vacants ou en voie de le devenir. La présentation retenue permet de disposer de l'identité de la personne qui est amenée à sortir des effectifs, de la quotité de temps de travail qu'elle occupait, de la date à laquelle le départ a lieu et du service d'affectation. En regard de ces informations figurent également les informations relatives à l'agent recruté, en cours de recrutement ou à recruter, ainsi que le pendent des informations précitées, pour le nouvel arrivant⁴². Cet outil, dont l'aspect prospectif est indiscutable, est essentiellement utilisé par la Direction des Soins et permet un suivi en temps réel des besoins de la structure en compétences soignantes. Il permet également, dans une moindre mesure, d'anticiper les besoins en recrutement pour les mois à venir.

Ces outils, pour séduisants qu'ils puissent être au plan théorique, ne peuvent toutefois constituer une panacée. Plusieurs facteurs en limitent la portée. Le premier réside dans le décalage qui existe souvent entre le moment où les départs de personnel surviennent et le moment où ils sont signalés à la Direction. Ce décalage trouve parfois son origine dans l'attitude des personnels « *susceptibles de faire valoir leurs droits à la retraite mais qui n'ont pas encore déterminés s'ils souhaitent partir ou non dans les prochains mois* », selon Mme JEANMOUGIN, Directrice des Soins du Centre Hospitalier

⁴¹ Voir, en annexe, les tableaux de bord faisant état des effectifs au sein de la Fédération de Médecine Interne et leurs déclinaisons par unité.

⁴² Voir, en annexe, les tableaux de bord relatifs aux entrées-sorties d'infirmiers diplômés d'Etat, d'infirmiers de bloc opératoire et d'agents des services hospitaliers.

de Haguenau. Un deuxième facteur tient au fait que ces outils ne constituent qu'une série de projections à court terme, c'est-à-dire dans les prochains mois. Contrairement à certains autres établissements hospitaliers, qui ont réalisé de véritables «banques de données » des départs prévisibles, le Centre Hospitalier de Haguenau a limité ses ambitions en la matière. Enfin, les outils précités ne concernent, actuellement, que les seuls agents soignants et paramédicaux, gérés par la Direction des Soins. Ils n'ont pas encore d'équivalent à la Direction des Ressources Humaines dans le domaine de la gestion des emplois techniques et administratifs de l'hôpital.

2.2.2. La nécessaire implication de tous les acteurs

Deuxième condition requise pour qu'une politique de GPEC puisse être menée à bien, dans les meilleures conditions possibles : qu'elle soit partagée et appropriée par les différents acteurs chargés de lui donner corps, de l'appliquer et de la faire évoluer. Cela implique l'existence d'un véritable partenariat entre la DRH, la Direction des soins, la Direction des affaires financières et la Direction générale, selon un schéma dont aucun des acteurs ne saurait être exclu.

Le rôle de la Direction des affaires financières ne doit pas être négligé. En effet, les outils nécessaires à la mise en place d'une politique de GPEC, tels que les politiques de formation, les redéploiements et promotions professionnelles, requièrent d'être identifiés en tant que priorité de l'établissement, afin que les crédits afférents soient dégagés et pérennisés.

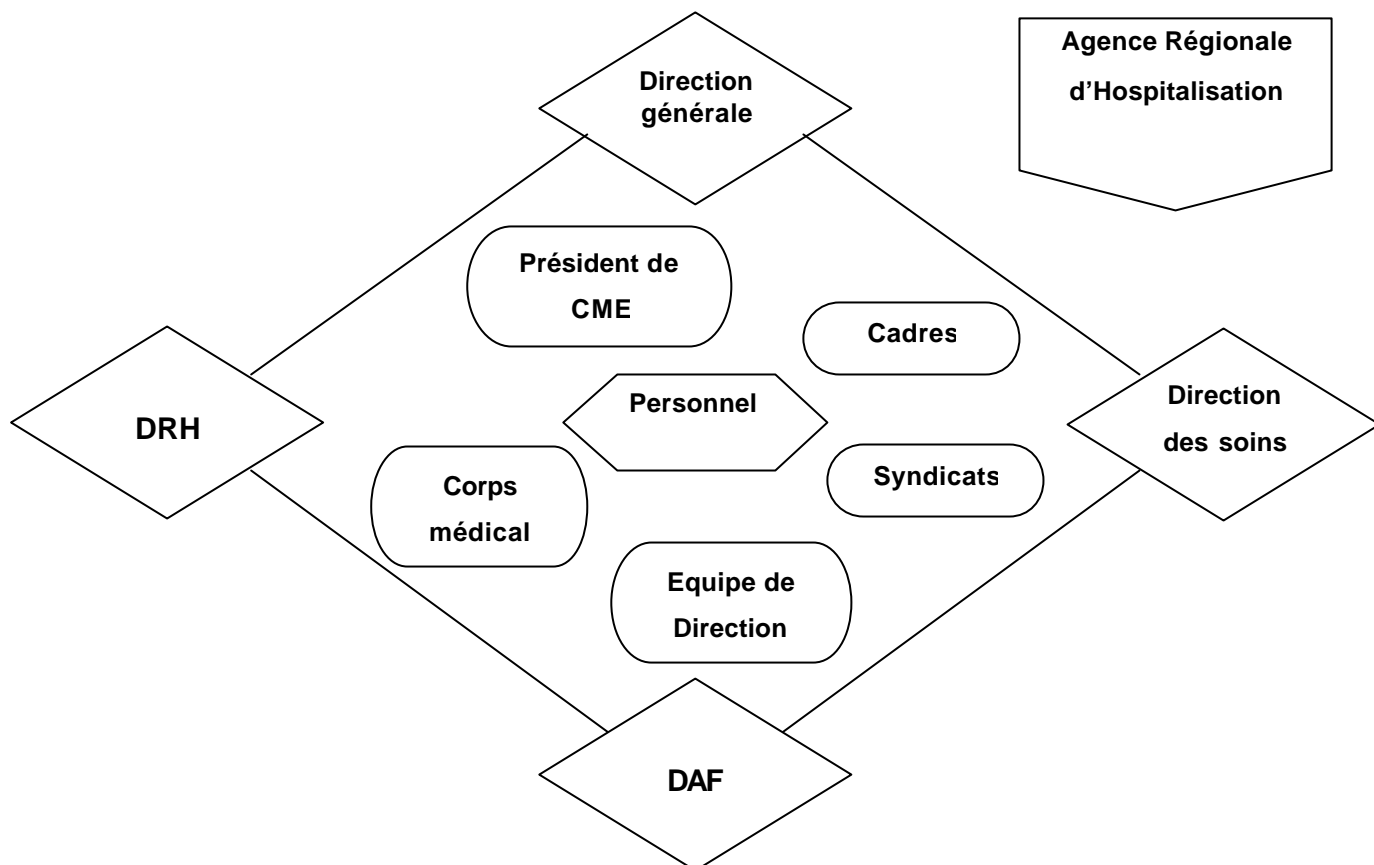


Schéma n°2 : Une démarche partagée de GPEC

Cette condition exige également que soit mené un dialogue social permanent avec les représentants du personnel, qui doivent, sinon adhérer, à tout le moins ne pas s'opposer à la démarche. Cela revient à élaborer – et à respecter – une stratégie de communication et de transparence. Le Centre Hospitalier de Haguenau a, de ce point de vue, satisfait cet impératif en nouant un dialogue social continu. Ce dialogue doit prendre la forme d'une information et d'un échange avec les membres des instances obligatoires de l'établissement qui, sur ces questions, bénéficient d'une compétence consultative élargie. Au premier rang de ces instances figure le Comité Technique d'Établissement, dont la loi reconnaît les compétences dans des matières essentielles à la conception et à l'application d'une politique de GPEC. Le CTE est en effet obligatoirement consulté sur :

- «- (...) le tableau des emplois ;
- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- La politique générale de formation du personnel et notamment le plan de formation ;

- *Le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement (...) »⁴³*

Le dialogue peut être noué avec des structures *ad hoc*, dont l'intérêt est précisément d'élaborer et de suivre la mise en œuvre d'une politique de GPEC. C'est dans cette optique que le comité de suivi du projet d'établissement a été mis en place.

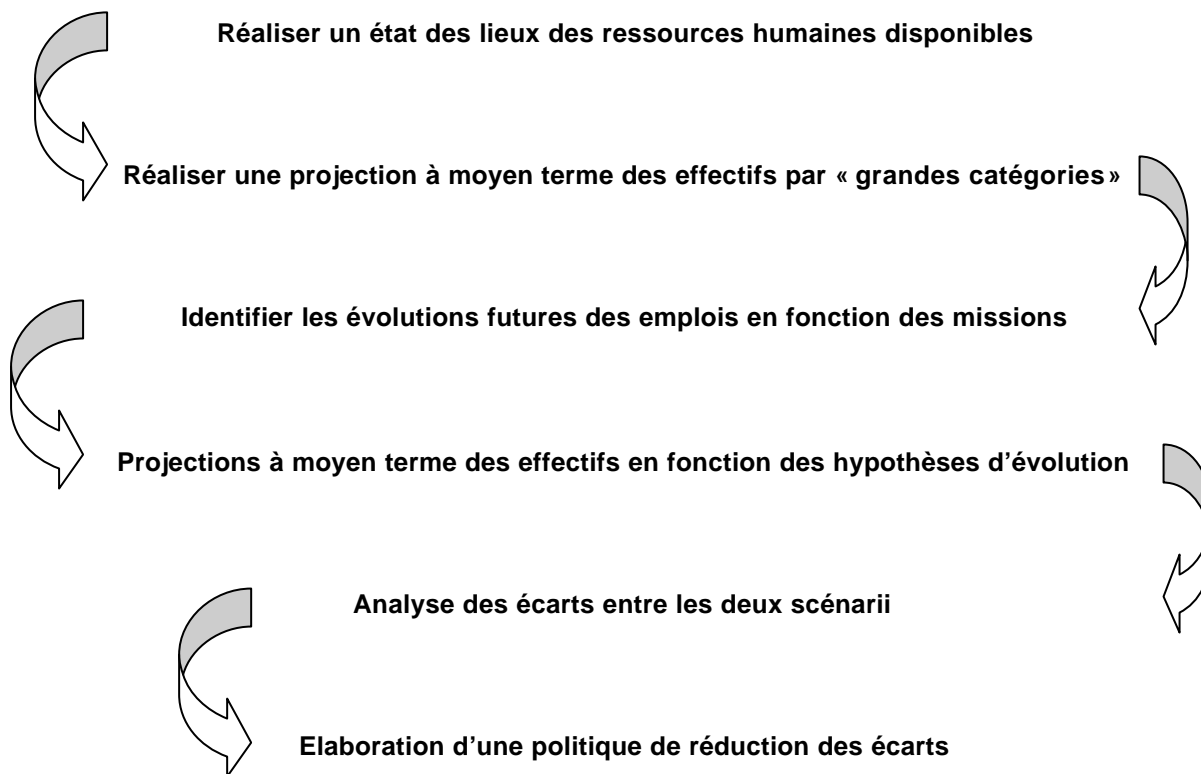
Il peut – et doit – également prendre la forme de rencontres fréquentes entre la Direction des ressources humaines et les représentants syndicaux, ces derniers devant à la fois prendre conscience de l'importance du rôle qui leur est échu en la matière, et participer activement à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la démarche GPEC. C'est dans cette optique que les représentants syndicaux du CHH sont reçus régulièrement par la Direction des Ressources Humaines, qu'ils sont impliqués dans les ateliers d'évaluation du projet social et dans chacun des groupes de réflexion traitant d'une thématique GPEC, comme en témoigne l'exemple de la démarche menée en matière de lutte contre l'absentéisme.

L'encadrement doit, enfin, assumer son rôle de « courroie de transmission » au sein des unités, en abordant ces questions lors des conseils de service. Ces derniers, lieux d'expression collective et de transmission de l'information, permettent que soient intégrés les enjeux GPEC, et constituent un moyen parmi d'autres de participation des agents à la démarche.

2.3. En filigrane, le schéma type d'une démarche GPEC

L'exemple du Centre Hospitalier de Haguenau fait apparaître le cheminement intellectuel qui aboutit à la définition d'une politique de GPEC descendante. Il peut être résumé sous la forme du schéma suivant, applicable à toute institution hospitalière :

⁴³ Article L. 6144-3 du Code de la Santé Publique, alinéas 2, 5, 8 et 9.



Cette démarche, pour évidente qu'elle puisse paraître, s'est parfois heurtée, au CHH, aux incertitudes et attermoiments précédemment exposés. Pour prolonger davantage la réflexion en cours à l'hôpital, sans doute faudra-t-il mettre en œuvre certains correctifs, apporter quelques améliorations dont la plupart sont déjà à l'étude à Haguenau.

3. Des pistes d'amélioration envisageables

Si la démarche GPEC du CH semble globalement adaptée aux problèmes que l'institution a et aura à affronter, certaines des lacunes mises précédemment en exergue nécessiteraient une réponse plus adaptée. L'objet de cet exposé est précisément de proposer quelques pistes en ce sens.

3.1. La généralisation des outils indispensables

Une politique de gestion prévisionnelle des ressources humaines ne se définit pas uniquement, comme il nous a été donné de le rappeler précédemment, par la conception d'une politique globale. Elle requiert de disposer d'outils de suivi quotidiens pour gérer sa

mise en oeuvre et en évaluer l'impact. Or, et c'est sans doute ici que se situe l'un des points qui demeurent à améliorer, la Direction des Ressources Humaines de l'hôpital ne dispose pas encore d'une vue d'ensemble des éléments statistiques qui lui permettraient de satisfaire à cette ambition.

M. Joseph SLADEK, Directeur chargé des Ressources Humaines et des Affaires Médicales, conscient du caractère impératif de tels tableaux de bord, s'est fixé comme objectif essentiel d'entamer une réflexion sur le sujet au cours de l'année 2005. Un travail sera donc entamé conjointement avec la Direction des Soins et le contrôle de gestion du Centre Hospitalier, dans le but d'élaborer des outils alliant des aspects «ressources humaines » purs et des considérations budgétaires et financières. Ainsi, l'objectif est de faire figurer, sur un même outil, les informations relatives aux agents (grade, emploi, quotité de travail, absentéisme individuel et date prévisible de départ à la retraite) et les informations concernant les services d'affectation (nombre d'emplois budgétés, effectifs réellement présents...). Afin de permettre une adéquation entre les besoins de l'unité ou du service concernés et les moyens dont dispose l'hôpital pour assumer ses missions, ces informations devraient être mises en regard des recettes issues de la tarification à l'activité générées. Car, dans le cadre de la réforme du mode d'allocation des moyens budgétaires des établissements de santé, il conviendra d'anticiper en évaluant la nécessité des moyens humains accordés pour «produire » les soins, tant en termes d'effectifs que de compétences. L'extraction de données du logiciel « Business Object », utilisé par les services de la DRH, et leur exploitation conjointe par la DRH, la DSI et le Contrôle de gestion, devrait permettre de répondre à cette observation.

De manière plus globale, un outil permettant d'anticiper les évolutions de la structure pourrait être instauré, qui donnerait de précieuses indications en terme de projection de la ressource et d'identification des besoins. Il pourrait se présenter ainsi :

		2003	2004	Simulation 2005	Simulation 2006
Besoins futurs	Effectif cible au 31/12 de n-1				
	Transformation d'emplois Evolutions de structure attendues Ecart de financement (moyenne annuelle) Effectif cible financé au 31/12 de n (A) Effectif rémunéré ETP au 31/12 de n-1				
Projection de la ressource	Flux de départ (B) Etudes promotionnelles Changements d'emploi Congés parentaux Disponibilités Démissions Retraites Mutations Mises à disposition Autres <u>Total sorties</u> Taux de rotation (hors remplacements vacances) Remplacements vacances				
	Flux d'entrée (C) Changements d'emploi Congés parentaux (retour) Disponibilités Mutations Recrutements Autres <u>Total entrées</u> Remplacements de vacances				
	Effectifs temps partiel (D)				
Ecart	Ecart (C+D-B) en valeur absolue Effectif rémunéré ETP au 31/12 de n (E) Ecart effectif rémunéré/effectif cible financé (E-A)				

3.2. Une plus grande prise en compte de l'aspect individuel de la GPEC

Pour répondre pleinement aux objectifs qui lui sont fixés, une démarche GPEC doit également inscrire les aspirations individuelles des agents au centre des préoccupations de la structure. Non pas que cet impératif constitue une fin en soi : elle permet simplement de mettre en corrélation besoins institutionnels et ambitions individuelles pour tendre à la réalisation d'un même objectif. Or, la pratique des entretiens individuels d'évaluation ne permet pas, actuellement, de répondre à cet impératif. Aussi convient-il sans doute d'entamer une réflexion globale en la matière, afin de rationaliser cet outil et d'unifier les pratiques. Pratiques qui, d'un cadre ou d'un responsable de service à l'autre, varient encore de manière trop importante pour permettre une comparaison efficiente.

L'entretien annuel d'évaluation, on l'a vu, doit dresser un bilan de l'action des agents, les mettre en regard des objectifs assignés par les fiches de postes et l'entretien annuel précédent ; enfin faire le point sur les perspectives d'évolution en dégagant les moyens disponibles pour les mettre en œuvre (formation, promotion professionnelle, mutations internes, autres). Pour rationaliser la pratique de l'entretien annuel d'évaluation, deux pistes peuvent être explorées. En premier lieu, élaborer une charte de l'entretien à l'intention des cadres comme des agents, qui expliciterait les enjeux de cet entretien, en les extrayant du simple cadre statutaire. De plus, cette démarche devrait s'accompagner d'un effort de formation des cadres et responsables de service à la pratique, spécifique, de l'entretien d'évaluation. Ces dispositions permettraient de s'accorder sur les objectifs poursuivis par cet outil, tout en permettant de donner un contenu partagé à ses modalités d'application.

En outre, la validation des acquis de l'expérience, créée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et qui n'est pas encore mise en application dans le domaine sanitaire, constitue un défi que le CHH pourra utilement tenter de relever. La VAE peut être utilisée dans le cadre de la politique de gestion prévisionnelle des ressources humaines. Une reconnaissance des compétences acquises par le travail peut en effet contribuer à fidéliser les agents au sein de l'établissement.

3.3. L'intégration du corps médical dans la définition d'une nouvelle politique de GPEC

La démarche retenue au CHH s'est, jusque là, focalisée sur les personnels non médicaux de la structure. Plusieurs éléments viennent éclairer ce choix : importance relativement faible des effectifs concernés, difficultés d'appliquer les outils GPEC à des personnels dont le mode d'exercice professionnel s'accommode difficilement d'une gestion classique de type « RH » ou encore autonomie de la pratique de l'art médical. Il est d'ailleurs significatif de relever qu'aucune donnée n'est disponible en la matière, au CHH.

Pour recevables que puissent être ces observations, il n'en demeure pas moins certain que la profession de médecin pourrait relever de la gestion des « emplois sensibles » précédemment évoquée, notamment du fait du choc démographique qui s'annonce, des difficultés actuelles de recrutement des personnels médicaux et de la place centrale qu'occupent ces emplois dans le domaine hospitalier.

Par ailleurs, les effectifs médicaux du CH se sont considérablement renforcés depuis l'adoption du projet d'établissement, en 2001. Désormais, 70 praticiens hospitaliers y exercent leur art ainsi que 16 assistants, 31 attachés, 3 praticiens attachés contractuels et 35 internes. A cela, il convient d'ajouter les médecins extérieurs à l'établissement, qui y effectuent régulièrement des vacations.

Aussi faudra-t-il sans doute accorder une place plus importante au corps médical dans les prochaines réflexions relatives à la GPEC, à l'hôpital public en général, comme au CHH en particulier. Cette réflexion devra, pour faire accepter la légitimité de la démarche et ainsi parvenir à un résultat tangible, associer l'ensemble du corps médical, notamment au travers de la CME, et requerra un partenariat important avec son Président. L'absentéisme, la formation médicale continue et l'étude du contenu des missions de ces personnels constituent autant d'axes de gestion à prendre en considération. Les perspectives ouvertes par la réforme, encore en cours d'élaboration, de la gouvernance hospitalière, paraissent des plus intéressantes à cet égard, aboutissant vraisemblablement à réfléchir aux aspects managériaux des fonctions médicales.

3.4. La mise en perspective de la GPEC avec les outils de la démarche qualité

Enfin, une dernière piste d'amélioration de la démarche engagée au Centre Hospitalier de Haguenau, pourrait consister en un rapprochement avec l'approche qualité. La Direction de la Qualité, qui bénéficie à ce jour de plus de trois années d'expérience dans le domaine de la démarche qualité, et qui vient de piloter, avec succès, l'accréditation de l'établissement, pourrait en effet fournir un support méthodologique sur quelques plans. Il en va ainsi de l'évaluation de la démarche engagée qui pourrait utilement s'inspirer du modèle de la « roue de Deming » : PDCA ou « Plan-Do-Check-Act ».

Cette perspective semblerait utile à la rationalisation de la GPEC et des politiques qui sont mises en œuvre pour répondre aux objectifs qui lui sont assignés. Plus encore, elle pourrait permettre à la Direction des ressources humaines et à la Direction des soins de bénéficier d'une méthodologie éprouvée, tout en revêtant une certaine scientificité qui ne peut que conférer un supplément de légitimité à la démarche engagée.

CONCLUSION

La démarche de GPEC menée au Centre Hospitalier de Haguenau est remarquable à plusieurs égards. Volontariste, basée sur une approche stratégique du concept, la politique qui y a été mise en œuvre avait clairement vocation à répondre aux enjeux essentiels auxquels était confrontée la structure. Les outils mis en place – formation, promotion professionnelle, rajeunissement des recrutements, valorisation des projets individuels – paraissent sans nul doute idoines au regard du diagnostic posé et des objectifs fixés.

L'inscription de la thématique GPEC au cœur même du projet d'établissement du CHH a, à l'évidence, joué un rôle moteur dans le processus actuellement en cours. En l'érigeant en instrument privilégié de mise en œuvre du projet médical et du projet de soins, tout d'abord, mais également en lui conférant une légitimité confortée par le contrat d'objectifs et de moyens. Sur le sujet, les intérêts de l'hôpital et ceux de l'Agence se sont rejoints, impulsant dès lors une dynamique interne que nul ne songerait actuellement à briser. Signe d'incontestable vitalité de la démarche : les récentes réflexions portant sur l'absentéisme non médical du personnel et sur les secrétariats médicaux, qui débouchèrent sur l'élaboration d'une politique de GPEC spécifique.

Et c'est précisément pour garantir la pérennité de cette allant qu'il revient à l'équipe de Direction dans son ensemble, de s'interroger sur les perspectives à venir en terme de gestion des ressources humaines. En effet, la GPEC ne peut être considérée ni comme une panacée, ni comme un outil figé. Elle requiert un effort permanent de réflexion, de définition, d'évaluation et de correction, étant indexée sur les objectifs stratégiques de la structure, objectifs qui évoluent avec l'institution elle-même. Ainsi la priorité d'hier, à savoir le renouvellement des effectifs soignants, paraît-il en passe d'être atteint, tandis que de nouveaux problèmes, précisément liés au rythme de ce renouvellement, se font jour : le rajeunissement des effectifs soignants engendre une forte augmentation du nombre de congés maternité constatée depuis 2002, phénomène qui pèse sur le fonctionnement des services.

Les réflexions qui vont s'ouvrir, au cours de l'année 2005, relatives à l'élaboration du projet d'établissement 2006-2010, constituent une formidable opportunité en la matière. La GPEC sera, sans doute possible, une fois de plus au cœur du projet social. Elle se verra assigner de nouveaux objectifs parmi lesquels apparaîtra probablement

l'accompagnement de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière. Réforme qui nécessitera une implication plus grande encore de la part du corps médical, justifiant d'autant plus la prise en compte de ces personnels, dont le caractère «sensible » du métier ne fait plus aucun doute, au titre d'une politique GPEC dédiée. Ce tournant marquera le renouveau de la démarche GPEC au Centre Hospitalier de Haguenau, renouveau qui ne pourra cependant aboutir que si l'établissement sait se doter des outils qui lui font encore défaut.

Bibliographie

Ouvrages

ABBAD J. *Organisation et management hospitalier*. Paris : éditions Berger-Levrault, 2001.

ALLAL P., FRAISSEIX P., GUILHEMSANS-CABAL M-F. et al. *Droit Hospitalier. Etablissement de santé, institutions sociales et médico-sociales*. Paris : éditions Presses Universitaires de France, 2003. 348 p. Collection Major.

BATAL C. *La gestion des ressources humaines dans le secteur public*. Paris : éditions Organisation, 1998, 2 tomes.

BOYER M. et ROPERT G. *Gérer les compétences dans les services publics*. Paris : Les éditions d'organisation, 1994.

DERENNE O., LUCAS A., BARTHES R. et al. *Le développement des ressources humaines*. Rennes : éditions ENSP, 2002. 294 p. Collection Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, tome 2.

FAURE A., LE JEUNE M. *Commentaire du statut de la fonction publique hospitalière*. Paris : éditions Berger-Levrault, 2004. 734 p. Collection Les indispensables.

Articles

BABORE X. La gestion des ressources humaines. *Cahiers français*, n°263, juillet-septembre 1993

ERAY P. Manager par les compétences, plébiscite pour un renouveau opérationnel de la GPEC ! *Personnel*, septembre 2002, n° 432, P. 17 s.

ETOURNEAU C. Le bloc opératoire soumis au crible de l'analyse des juristes. *DS*, juillet-août 1997, n°116, p. 20 et suivantes

LOUART P. Sur les pas du privé. *Personnel*, octobre 2003, n° 443, p. 19 à 33.

POCHARD M. Perspectives pour la fonction publique en France. *Futuribles*, novembre 2003. P. 5 à 24.

SIMART M., JANCOURT D., PONS P-C. et al. Manager les ressources humaines. *Technologie Santé*, septembre 1998, n° 33, p. 1 à 75.

TIBERGHIE F., FLUCK C., MOREL C. et al. Quelle planification des ressources humaines ? *Personnel*, mai 2003, n° 439, p.41 et s.

Article Internet

HEMERY P. VAE : plus qu'une reconnaissance professionnelle. *Hospimedia*. 18 août 2004. Disponible sur le site : <<http://www.hospimedia.fr>>

Mémoires

BERTHERAU G., MALRIC DD, MIOREC H. et al. *La GPEC, gadget d'expert ressources humaines ou opportunité réelle pour les caisses dans le contexte d'évolution de l'emploi et des effectifs de l'Assurance maladie ?* Mémoire CNESS, décembre 1999, 66 p.

LECARDEZ M. *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : prémices d'une expérience au Centre Hospitalier Universitaire de Nice.* Mémoire ENSP, 1999, 84 p.

Rapports et publications officielles

ANAES, Direction de l'accréditation. *Manuel d'accréditation des établissements de santé.* Paris : éditions ANAES, février 1999. 132 p.

ANAES, Direction de l'accréditation. *Manuel d'accréditation des établissements de santé, version 2.* Paris : éditions ANAES, novembre 2003.

ANAES, *Rapport des experts visiteurs, accréditation du Centre Hospitalier de Haguenau,* mai 2004, 143 p..

Direction des Hôpitaux, « Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences », Ministère de la Santé, mai 1997.

Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, DHOS. *Fonction Publique Hospitalière, Données démographiques horizon 2015*, rapport officiel, mai 2003, 24 p.

Ministère de l'Etat, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire. *Rapport annuel de l'observatoire de l'emploi public*. La documentation française, octobre 2002, 99p.

Autres documents

Bilan Social 2003 du Centre Hospitalier de Haguenau, juin 2004, 150 p.

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2003-2005 entre l'Agence Régional de l'Hospitalisation d'Alsace et le Centre Hospitalier de Haguenau, avril 2003, 126 p.

Projet d'Etablissement 2001-2005 du Centre Hospitalier de Haguenau, juin 2001.

Rapport d'Activité et de Gestion 2003 du Centre Hospitalier de Haguenau, juin 2004, 365 p.

Liste des annexes

Annexes non publiées

Annexe I: Fiche synthétique d'objectif opérationnel (annexe du COM 2003-2005) relative à la GPEC.

Annexe II : Fiche synthétique d'objectif opérationnel (annexe du COM 2003-2005) relative à l'ajustement des effectifs soignants.

Annexe III: Fiche synthétique d'objectif opérationnel (annexe du COM 2003-2005) relative à l'accueil des nouveaux agents et à la formation.

Annexe IV : Tableau de bord de suivi d'absentéisme par service : l'exemple du Service d'Accueil des Urgences.

Annexe V : Tableaux de bord faisant état des effectifs au sein de la Fédération de Médecine Interne et leurs déclinaisons par unité.

Annexe VI : Tableaux de bord relatifs aux entrées-sorties d'infirmiers diplômés d'Etat.