



---

**Filière directeurs des soins**

Promotion : **2008**

Date du Jury : **septembre 2008**

---

**La GPEEC, enjeu stratégique  
pour l'Hôpital :  
contribution du directeur des soins**

---

**Patrick FABRE**

---

# Remerciements

---

- ✓ à Monsieur **François-Xavier SCHEYER**, sociologue enseignant à l'EHESP, dont l'empathie m'a permis de prendre du recul dans les moments de doute.
- ✓ à Monsieur **André LUCAS**, directeur d'hôpital enseignant à l'EHESP, dont les conseils m'ont permis de mieux circonscrire le champ de mon questionnement.
- ✓ à Messieurs **Bruno DONIUS** et **Richard BARTHES**, directeurs d'hôpital enseignants à l'EHESP, qui m'ont transmis leur intérêt pour le thème de ce travail.
- ✓ à mes maîtres de stage, **Gérard DE LEPOMME** et **Bernard PAOLI**, directeurs des soins, dont le soutien m'a été précieux pour le recueil d'informations.
- ✓ à toutes les personnes qui ont bien voulu répondre à mes questions, et m'ont ainsi permis d'explorer le sujet.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 La GPEEC, l'Hôpital et le directeur des soins .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Une approche relativement récente .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 La GPEEC, outil d'aide à la décision .....	3
1.1.2 Les concepts essentiels.....	4
1.1.3 La GPEEC dans le secteur public.....	4
1.1.4 La GPEEC et l'Hôpital.....	6
<b>1.2 La cohérence des réformes .....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Sur les moyens et les résultats .....	7
1.2.2 Sur l'organisation .....	7
1.2.3 Sur le management.....	8
<b>1.3 Une organisation toujours bureaucratique .....</b>	<b>9</b>
1.3.1 Confrontée à la nécessité de changement .....	9
1.3.2 Avec des faiblesses structurelles.....	9
1.3.3 Et des disparités locales .....	10
<b>1.4 La contribution du directeur des soins à la GPEEC .....</b>	<b>10</b>
1.4.1 L'émergence d'un nouveau métier : le directeur des soins.....	10
1.4.2 Le binôme DRH- directeur des soins .....	12
1.4.3 La GPEEC source d'un management partagé.....	12
<b>1.5 Des outils déterminants .....</b>	<b>12</b>
1.5.1 La détermination des activités .....	12
1.5.2 Les référentiels de fonction.....	13
1.5.3 Les profils de poste.....	13
<b>2 La GPEEC questionnée .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Méthodologie de l'enquête.....</b>	<b>13</b>
2.1.1 Composition du panel de personnes interrogées .....	14
<b>2.2 L'opinion des acteurs concernés.....</b>	<b>15</b>
2.2.1 La définition et les principes de la GPEEC .....	15
2.2.2 L'éventuelle collaboration entre le DRH et le Directeur des soins.....	17
2.2.3 Le positionnement du DS au sein de l'équipe de direction .....	18
2.2.4 L'intérêt de la GPEEC.....	19

2.2.5	Les difficultés de mise en œuvre .....	20
2.2.6	Les liens entre la GPEEC, la T2A et la nouvelle gouvernance. ....	20
2.2.7	Leurs préconisations pour la mise en œuvre de la GPEEC .....	21
<b>2.3</b>	<b>La synthèse des informations recueillies .....</b>	<b>21</b>
2.3.1	Les directeurs d'établissement .....	21
2.3.2	Les directeurs des ressources humaines .....	22
2.3.3	Les directeurs des affaires financières et de la qualité.....	22
2.3.4	Les directeurs de soins.....	22
2.3.5	Les cadres supérieurs de santé .....	23
2.3.6	Les représentants du personnel .....	23
2.3.7	Tableau de synthèse .....	23
<b>2.4</b>	<b>Analyse des résultats.....</b>	<b>25</b>
2.4.1	Hypothèse n°1 .....	25
2.4.2	Hypothèse n°2 .....	25
2.4.3	Hypothèse n°3.....	25
<b>3</b>	<b>Les propositions d'action.....</b>	<b>27</b>
3.1	Contribuer à la démarche projet .....	27
3.2	Contribuer à l'élaboration des outils .....	27
3.3	Intégrer la dimension économique .....	28
3.4	Conjuguer besoins institutionnels et potentiels individuels .....	28
3.5	Participer au développement du système d'informations.....	29
3.6	Participer à la recherche de soutien logistique et de financements .....	29
3.7	Contribuer à une harmonisation régionale .....	29
	<b>Conclusion .....</b>	<b>31</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>33</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ANAES :</b>	Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation de Santé
<b>APHM :</b>	Assistance Publique Hôpitaux de Marseille
<b>APHP :</b>	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
<b>ARH :</b>	Agence Régionale de l'Hospitalisation
<b>ARS :</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CHRU :</b>	Centre Hospitalier Régional Universitaire
<b>COM :</b>	Contrat d'objectifs et de moyens
<b>CPOM :</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
<b>DH :</b>	Directeur d'Hôpital
<b>DRH :</b>	Directeur des Ressources Humaines
<b>DS :</b>	Directeur des soins
<b>EPRD :</b>	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
<b>EPS :</b>	Etablissement public de santé
<b>FMESPP :</b>	Fond de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés
<b>FPH :</b>	Fonction Publique Hospitalière
<b>GCS :</b>	Groupement de coopération de santé
<b>GPEC :</b>	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
<b>GPEEC :</b>	Gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences
<b>HAS :</b>	Haute Autorité de Santé
<b>LMD :</b>	Licence, Mastère, Doctorat
<b>PMSI :</b>	Projet de médicalisation des systèmes d'information
<b>SROS :</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
<b>T2A :</b>	Tarifcation à l'activité
<b>VAE :</b>	Validation des acquis et de l'expérience

## Introduction

La nouvelle gouvernance fait bouger les lignes de l'organisation et du management à l'hôpital. Les hiérarchies, la répartition des pouvoirs, les jeux des acteurs s'en trouvent modifiés. La contractualisation, la recherche du consensus et de l'adhésion au processus de changement obligent les dirigeants à se positionner dans cette nouvelle configuration, à saisir cette opportunité pour adapter leurs pratiques et faire évoluer leurs métiers.

Dans ce contexte de redistribution des pouvoirs et d'incertitude sur le devenir des structures, le rôle du directeur des soins est également questionné : l'autonomie de gestion accordée aux cadres responsables de pôles restreint-elle le champ de ses interventions, au point de se poser la question de son utilité pour l'institution? Ou bien cette nouvelle configuration est-elle l'opportunité pour le directeur des soins de se repositionner au sein de l'équipe de direction, en accentuant sa participation à la stratégie managériale? En quoi peut-il contribuer à une politique de gestion des ressources humaines adaptée aux enjeux auxquels sont confrontés les structures?

L'objet de ce travail est de montrer en quoi la GPEEC<sup>1</sup> constitue un enjeu stratégique pour l'Hôpital et de souligner la plus value apportée par la contribution du directeur des soins à son élaboration.

Nos hypothèses de départ sont les suivantes :

### **1. La GPEEC est un outil d'aide à la décision incontournable à l'Hôpital**

Le récent rapport Larcher, loin de remettre en cause la nouvelle gouvernance, la confirme et annonce la réorganisation de l'offre de soins autour des besoins au sein d'un territoire de santé : les hôpitaux, contraints d'inscrire leur activité dans ce cadre, seront amenés à faire des choix restructurants qui imposent une vision stratégique prospective. Cette vision stratégique est particulièrement incontournable dans le domaine de la gestion des ressources humaines : les données démographiques, les activités à développer et les nouveaux enjeux modifient en profondeur la structuration des moyens humains nécessaires à l'hôpital, à court, moyen et long terme. L'élaboration d'une vraie GPEEC devient une ardente nécessité. Comment concevoir en effet, qu'une entreprise, dont 70%

---

<sup>1</sup> Lire partout Gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences

à 80 % des coûts sont des dépenses de personnel, et qui évolue dans un secteur concurrentiel, n'ait pas développé une vraie gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences ?

## **2. Le directeur de soins est un acteur majeur de la GPEEC.**

Membre de l'équipe de direction, le directeur des soins, comme l'énonce son décret de compétence, a pour mission de participer « à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation ». De même, le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière cite comme une activité principale du directeur de soins le « pilotage et le contrôle des politiques concernant l'organisation des soins et des activités paramédicales, la détermination d'objectifs et de projets ». Participant au recrutement et à proposant l'affectation des personnels paramédicaux, il est souvent confronté à la difficulté de disposer des compétences requises pour la mise en œuvre du projet médico-soignant. Cette position l'amène en permanence à anticiper les besoins des structures et à évaluer les potentiels individuels aptes à y répondre. Sa participation active à l'élaboration d'une GPEEC nous apparaît donc comme naturelle et nécessaire.

## **3. La GPEEC est un outil de gestion partagée qui doit être copiloté par le directeur des ressources humaines et le directeur des soins.**

S'il revient au directeur des ressources humaines de piloter la mise en œuvre de la GPEEC, le concours du directeur des soins nous semble incontournable : son rôle dans l'organisation des soins, la détermination des activités et des compétences nécessaires, l'affectation et l'évaluation des personnels soignants, et son autorité hiérarchique sur l'encadrement, en font un acteur dont la contribution est à utiliser tout au long du processus. De son implication dépend pour une part l'opérationnalité des actes et des décisions dans ce domaine.

En premier lieu, nous définirons le concept de GPEEC et son évolution, en tant qu'approche organisationnelle, dans l'entreprise, le secteur public et l'Hôpital. Nous retracerons l'évolution du métier de directeur des soins et son positionnement possible dans cette nouvelle donne. Nous nous attacherons à mettre en exergue le rôle qu'il peut jouer dans la coordination et la stratégie d'intégration des pôles, de même que sa contribution possible à l'élaboration d'une GPEEC partagée.

Dans une seconde partie, nous justifierons notre choix méthodologique d'entretiens semi-directifs (directeurs, directeurs des ressources humaines, directeurs des

soins, cadres supérieurs de santé, représentants du personnel). Ces entretiens, menées auprès des acteurs principaux de la gestion des ressources humaines à l'Hôpital, nous permettront de vérifier la validité de nos hypothèses.

Dans un troisième temps, à la lumière des résultats de cette enquête, nous formulerons des propositions d'action, destinées à favoriser la mise en place d'un dispositif de GPEEC prenant en compte la contribution du directeur des soins.

## **1 La GPEEC, l'Hôpital et le directeur des soins**

### **1.1 Une approche relativement récente**

Le concept de GPEEC, gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences, est apparu dans les années 1980, dans le secteur des entreprises industrielles.

La globalisation de l'économie, les crises financières, les chocs pétroliers et les progrès technologiques, en élargissant la concurrence et en accélérant les mutations, ont amené les dirigeants des entreprises à s'intéresser plus finement à leur ressource humaine, à ne plus la prendre en compte comme une contrainte nécessaire, mais comme un possible avantage concurrentiel. Il est vrai que cette volonté d'anticiper, de s'adapter pour être en adéquation optimale avec les enjeux à venir, a souvent été le corollaire de plans sociaux, ce qui a souvent connoté péjorativement le concept, jusqu'à aujourd'hui.

Révélatrice du passage de la direction du personnel à la direction des ressources humaines, la GPEEC s'est surtout déployée dans les grandes entreprises industrielles et commerciales, les petites et moyennes entreprises ayant plus de difficultés à adopter cet outil. La loi de Programmation pour la Cohésion Sociale du 18 janvier 2005, dite Loi Borloo (loi n°2005-32), la rend cependant obligatoire pour les entreprises de plus de 300 salariés.

#### **1.1.1 La GPEEC, outil d'aide à la décision**

Outil destiné à « *permettre aux décideurs de se déterminer dans leurs choix stratégiques, d'élaborer des scénarios et de décider en connaissance de cause* », la GPEEC est aussi un processus d'aide au salarié pour lui « *permettre de se déterminer dans leurs choix professionnels, et de s'y préparer en connaissance de cause, en*



*adaptant leurs compétences.* »<sup>2</sup>. Ces deux dimensions, collective et individuelle, sont à prendre en compte de façon concomitante pour permettre aux décideurs de faire des choix stratégiques éclairés et rendre lisible aux agents les opportunités en termes de carrière et d'évolution des compétences.

### 1.1.2 Les concepts essentiels

La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences consiste « *en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences en fonction de son plan stratégique, ou au moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle* »<sup>3</sup>

Le processus de mise en œuvre se déroule en plusieurs étapes :

- ✓ **Identification des métiers** : toutes les situations de travail doivent être recensées, en regard des effectifs présents et de leur répartition en métiers. Cette cartographie, prenant en compte les compétences disponibles, contribue à la connaissance du niveau actuel de l'emploi.
- ✓ **Projection à moyen terme** de l'évolution des ressources humaines, selon un scénario n'intégrant aucune modification structurelle, mais prenant en compte l'âge, et le glissement vieillesse-technicité.
- ✓ **Identification et analyse des facteurs d'évolution**, par la projection des besoins à moyen terme, en effectif par emploi et par compétence.
- ✓ **Analyse des écarts** entre la projection des effectifs sans modification structurelle et la projection des besoins à moyen terme, tant en termes quantitatifs que qualitatifs.
- ✓ **Élaboration d'une politique de réduction des écarts**, au moyen des outils traditionnels : formation, promotion, mobilité, recrutements.

### 1.1.3 La GPEEC dans le secteur public

Dans la sphère publique, elle apparaît en 1989 avec la circulaire Rocard, relative à la modernisation du service public. Elle sera mise en œuvre notamment au sein des

---

<sup>2</sup> Richard Barthes-Philippe Biard, enseignement EHESP 2008

ministères de l'Équipement, de la Défense Nationale, des Télécommunications. Dans le même sens, le protocole Aubry du 14 mars 2000 prévoit :

- ✓ un volet « Gestion Prévisionnelle et Prospectives des Emplois et des Qualifications » dans chaque projet social,
- ✓ un droit individuel au bilan de compétences,
- ✓ et la création d'observatoires nationaux des emplois pour les trois fonctions publiques, dont « l'Observatoire National des Emplois et des Métiers » de la Fonction Publique Hospitalière.

Le protocole Guigou du 14 mars 2001 veut apporter des réponses statutaires aux métiers émergents et le 1<sup>er</sup> août 2003, un décret relatif au bilan de compétences est promulgué.

Le récent rapport Silicani, pour « *faire des services publics et de la fonction publique des atouts pour la France* »<sup>4</sup> préconise, d'assouplir le système pour lui permettre de répondre aux enjeux actuels et à venir. Ainsi, deux des six orientations stratégiques de ce rapport portent sur la gestion des personnels :

- ✓ **Orientation stratégique n° III : Refonder et simplifier l'organisation statutaire générale pour construire une fonction publique de métiers.** « *Aujourd'hui, l'organisation de la fonction publique de l'Etat en corps, notion qui n'a plus guère de signification pertinente, aboutit à un système cloisonné, très complexe et coûteux à gérer. Cette structuration par corps freine la mobilité des agents au sein et entre les trois fonctions publiques, d'autant que le « tableau de correspondance » entre les métiers des trois fonctions publiques n'a pas été réellement établi* ».

L'organisation de la fonction publique, élaborée dans un contexte de stabilité économique, sur le modèle bureaucratique défini par Henri Fayol, n'est clairement plus adaptée aux enjeux collectifs et individuels d'aujourd'hui et de demain.

- ✓ **Orientation stratégique n° V : Rendre plus attractive et plus mobile la carrière des agents des trois fonctions publiques et permettre une véritable gestion des ressources humaines des collectivités publiques.** « *Les employeurs publics n'ont que très récemment commencé à concevoir des politiques d'emplois dans une vision prospective. La mise en place progressive d'une gestion prévisionnelle des emplois,*

---

<sup>3</sup> Bruno Donius, EHESP / enseignement filière Directeurs des Soins- Avril 2008

<sup>4</sup> Jean-Ludovic Silicani, Livre Blanc sur l'avenir de la Fonction Publique, avril 2008.

*des effectifs et des compétences (GPEEC), impulsée au niveau interministériel, a constitué un progrès important. Reste à améliorer les outils existants, à les diffuser à tous les niveaux et à en tirer des conséquences opérationnelles ».*

Le constat est fait de la nécessité de passer des préconisations ministérielles à la mise en œuvre au niveau opérationnel, par les acteurs locaux, dotés d'outils performants.

#### **1.1.4 La GPEEC et l'Hôpital**

La GPEEC se développe progressivement dans les EPS<sup>5</sup> avec, en 1990, la nomenclature des emplois-types. Elle fait partie intégrante, en 1997, des textes relatifs aux COM<sup>6</sup>, et un guide de GPEC<sup>7</sup> est élaboré par le ministère, guide qui fera l'objet de journées régionales de présentation, en 1997 et 1998. En 1999, le manuel d'accréditation de l'ANAES<sup>8</sup> prévoit l'évaluation de la GPEC menée par les établissements dans sa référence « GRH 4 ».

Mais c'est avec le décret du 28 décembre 2001, créant l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de Hospitalière, et l'installation, le 16 décembre 2002, du Comité de Pilotage du « répertoire des métiers hospitaliers », que l'impulsion est donnée : en 2004, le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière est publié, son actualisation étant programmée pour 2008.

En 2005, l'évaluation de la GPEC est reprise dans le critère 3B du référentiel de certification de l'HAS<sup>9</sup>. Par ailleurs, le récent rapport Larcher, cite comme préconisation la nécessité de « *développer les **perspectives des professionnels non médicaux** : dans le cadre du statut, mise en place du LMD<sup>10</sup>, développement de nouveaux métiers (coordination), délégation d'actes.et développement de l'intéressement* ».

Le manuel « pilote » de la procédure de certification V 2010, mis en ligne par la HAS, définit la GPEEC comme une action prioritaire pour les établissements. .

Cette cohérence et cette constance dans les décisions illustre bien la réelle volonté des pouvoirs publics, politiques et tutelles, d'instaurer une vraie GPEEC dans la FPH<sup>11</sup> .

---

<sup>5</sup> Lire partout établissements publics de santé

<sup>6</sup> Lire partout contrat d'objectifs et de moyens

<sup>7</sup> Lire partout gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

<sup>8</sup> Lire partout Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation de Santé

<sup>9</sup> Lire partout Haute Autorité de Santé

<sup>10</sup> Lire partout Licence, Mastère, Doctorat

<sup>11</sup> Lire partout Fonction Publique Hospitalière

## 1.2 La cohérence des réformes

### 1.2.1 Sur les moyens et les résultats

« L'Hôpital est une institution en réforme permanente, car il a toujours vécu au diapason des demandes et des besoins de la société et des patients. »<sup>12</sup> En effet, bien que séculaire, cette institution n'a cessé d'évoluer en fonction de son environnement économique, social et politique. Emblématique du modèle social à la française<sup>13</sup>, l'Hôpital, depuis la fin des Trente Glorieuses<sup>14</sup>, est confronté à une remise en question de ses finalités et de ses moyens : dotation globale, PMSI<sup>15</sup>, SROS<sup>16</sup>, ordonnances Juppé, toutes ces réformes visent à encadrer et à rationaliser les ressources allouées à l'Hôpital, à le rendre plus efficient, par un contrôle accentué des tutelles et de l'Etat.

Dans le même temps, le principe de précaution, la montée du consumérisme et de la judiciarisation imposent une meilleure prise en compte d'un acteur, l'usager : procédures d'accréditation puis de certification, loi relative aux droits des usagers du 4 mars 2002, autant de mesures qui contraignent désormais l'Hôpital à fournir des prestations de qualité, évaluables et opposables.

### 1.2.2 Sur l'organisation

Si ces réformes successives ont quelque peu modifié l'organisation interne de l'Hôpital, c'est surtout le Plan Hôpital 2007 qui, en vertu du principe de subsidiarité, instaure de nouvelles règles : les changements ne seront plus subis, mais déclinés et décidés par les acteurs locaux, sur la base de la contractualisation. Cette réforme, dite « *nouvelle gouvernance hospitalière* », affecte en profondeur le fonctionnement interne des établissements, les rendant acteurs et responsables de leur organisation et de leurs choix stratégiques. Cette volonté d'associer tous les acteurs au processus de décision est le corollaire rédhibitoire de la T2A<sup>17</sup> : les moyens financiers sont maintenant alloués aux établissements en fonction de leur activité, ce qui rend nécessaire un pilotage médico-économique local réactif et tenant compte de l'environnement. Le récent rapport Larcher

---

<sup>12</sup> Claude Evin, in préface « *L'hôpital expliqué* », FHF, Paris 2007.

<sup>13</sup> Bernard Gazier, « *Vers un nouveau modèle social* », Flammarion Paris, 2005

<sup>14</sup> Jean Fourastié, *Les Trente Glorieuses, ou la révolution invisible de 1946 à 1975*, Paris, Fayard, 1979, 300 p.

<sup>15</sup> Lire partout Projet de médicalisation des systèmes d'information

<sup>16</sup> Lire partout Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

<sup>17</sup> Lire partout Tarification à l'Activité

poursuit dans cette logique : les restructurations et les GCS<sup>18</sup> sont encouragés, au sein des territoires de santé, autour d'un hôpital de référence, associant secteurs public et privé. De même, le pilotage régional de l'offre de soins doit étendre son champ d'intervention, avec le passage des ARH<sup>19</sup>, en charge du seul secteur sanitaire, aux ARS<sup>20</sup>, englobant le secteur social à la mise en cohérence du système de santé.

### 1.2.3 Sur le management

*« L'élaboration de la stratégie d'un hôpital public ressemble justement à celle des autres entreprises (...). Il s'agit d'analyser l'activité et la clientèle (...). Même si le mot marketing est encore tabou du fait de sa connotation agressive, on cherche à vendre »<sup>21</sup>.*

Ce constat, émanant d'un expert incontesté de l'organisation hospitalière, a le mérite de clarifier les enjeux : l'Hôpital, comme toute entreprise humaine, ne peut échapper à la dimension économique, et se doit de répondre aux besoins en optimisant l'emploi de ses ressources. La diversité des situations des établissements, de leur taille et de leur implantation, de l'offre et de la demande de soins, a conduit le législateur à appliquer le principe de subsidiarité pour le pilotage des EPS<sup>22</sup>.

Cette autonomie conférée aux décideurs locaux, si elle vise à associer les acteurs aux choix stratégiques qui concernent leur structure, n'est pas synonyme de liberté absolue : la contractualisation interne instaurée par la nouvelle gouvernance s'accompagne d'une contractualisation des établissements avec la tutelle, sur la base des CPOM<sup>23</sup>, qui doivent tenir compte des besoins identifiés dans les objectifs d'activité.

Mais c'est surtout le passage du budget prévisionnel à l'EPRD<sup>24</sup>, qui constitue une rupture conceptuelle : les prévisions d'activité s'établiront désormais sur les recettes prévues, les dépenses ne devant pas les dépasser. Ce nouveau mode de financement repose sur une logique d'allocation de moyens a priori plus équitable, ceux qui produisent le plus étant financés à hauteur de leur activité. Il amène les structures hospitalières à s'interroger sur leur productivité, leur environnement concurrentiel, les parts de marché prises ou à prendre, les partenariats à développer, en fonction des forces et des faiblesses identifiées.

---

<sup>18</sup> Lire partout Groupement de coopération de santé

<sup>19</sup> Lire partout Agence Régionale de l'Hospitalisation.

<sup>20</sup> Lire partout Agence Régionale de Santé

<sup>21</sup> Jean de Kervasdoué, *L'Hôpital*, Presses universitaires de France (PUF), coll. « Que sais-je ? », Paris, 2004.

<sup>22</sup> Lire partout établissement public de santé

<sup>23</sup> Lire partout Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

<sup>24</sup> Lire partout Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

Dans cette nouvelle donne, l'EPS se doit d'être économiquement viable, d'être à l'écoute des besoins de sa clientèle, de se projeter dans le court, le moyen et le long terme. Cette vision prospective, plutôt propre jusqu'alors à l'entreprise privée, doit être au centre de la stratégie des établissements publics, sous peine de graves difficultés. Le pilotage stratégique doit succéder à l'administration, **la gestion prévisionnelle** devient garante de la viabilité de l'activité des structures, et donc de leur pérennité. De gestionnaires d'une dotation reconduite d'exercice en exercice, les dirigeants des EPS deviennent de fait des managers, et ne peuvent faire l'impasse sur les méthodes et les outils en vigueur dans le monde de l'entreprise.

### **1.3 Une organisation toujours bureaucratique**

#### **1.3.1 Confrontée à la nécessité de changement**

Cependant, sans nier l'impact de ces réformes, il est patent que les établissements peinent à les appliquer : la plupart d'entre eux, bien qu'ayant défini des pôles d'activité, est soumise à des plans de retour à l'équilibre financier.

Par ailleurs, les rapports de certification de l'HAS font souvent état d'un déficit en GPEEC dans les établissements visités. Les enjeux sont pourtant de taille dans un contexte de recomposition du tissu hospitalier : « *anticiper les évolutions, faire face aux besoins, prendre en compte les aptitudes et les aspirations individuelles* »<sup>25</sup>, selon Bruno Donius, Secrétaire Général du C.H.R.U<sup>26</sup> de Lille. Les évolutions démographiques des professions de santé posent également problème en matière de recrutement, de fidélisation et d'adaptation aux activités à développer.

Si, pour citer Emile de Girardin, « *gouverner, c'est prévoir* », l'Hôpital est aujourd'hui confronté à l'impérieuse nécessité d'anticiper les changements pour ne pas les subir.

#### **1.3.2 Avec des faiblesses structurelles**

L'hôpital est le paradigme de l'organisation bureaucratique professionnelle, selon la typologie définie par Henry Mintzberg. Son organisation, très réglementée, est complexe et cloisonnée. Les statuts de la Fonction Publique Hospitalière, et plus largement ceux de la Fonction Publique, sont structurés autour de la gestion

---

<sup>25</sup> Bruno Donius, EHESP / enseignement filière Directeurs des Soins- Avril 2008

administrative de nombreux corps professionnels. Cette rigidité juridique se révèle souvent inadaptée aux adaptations des établissements à l'environnement et aux évolutions professionnelles des agents.

L'ancrage administratif communal des EPS, héritage de la Révolution, est un frein à la réforme des établissements et à la mobilité des agents. Souvent premier employeur de la ville, l'Hôpital, pour la gestion du personnel et des emplois, est soumis à de fortes contraintes. De même, les agents dépendent d'un employeur local, ce qui ne concourt pas à sécuriser leur mobilité.

### **1.3.3 Et des disparités locales**

Les EPS n'abordent pas le pilotage stratégique et la gestion des ressources humaines de façon homogène. De taille très variable, ils ne disposent pas des mêmes moyens humains et matériels à consacrer à la mise en place d'une politique de GPEEC. Ceci peut en partie expliquer le fait que les grands centres hospitaliers, tels que l'APHP<sup>27</sup> ou l'APHM<sup>28</sup>, aient développé des structures ad hoc, alors que la GPEEC soit encore embryonnaire dans les CH de plus petite taille. La souplesse laissée aux directions d'établissements quant à leurs procédures de recrutement et de formation, au rôle de chaque acteur concerné, contribue à une grande disparité des pratiques sur le territoire. De plus, les problèmes rencontrés pour le recrutement sont très différents, selon l'implantation locale et l'attractivité des établissements, ce qui influe sur la priorité accordée à développer la GPEEC. Cependant, rares sont ceux qui ne sont, ou ne seront pas amenés à modifier leur activité, et donc leur structuration des emplois

## **1.4 La contribution du directeur des soins à la GPEEC**

### **1.4.1 L'émergence d'un nouveau métier : le directeur des soins**

#### **✓ Un métier relativement récent**

Le métier de directeur des soins est d'apparition récente dans l'histoire des hôpitaux. Conçu à l'origine pour répondre au besoin de reconnaissance des infirmières, il

---

<sup>26</sup> Lire partout Centre Hospitalier Régional Universitaire

<sup>27</sup> Lire partout Assistance Publique Hôpitaux de Paris

<sup>28</sup> Lire partout Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

n'a cessé d'évoluer depuis trente ans, passant du niveau opérationnel au niveau stratégique. De porte-parole d'un corps professionnel, la fonction s'est élargie à l'encadrement de l'ensemble des soignants, et sa participation au pilotage stratégique des établissements ne pose plus guère question. Si cette évolution repose en grande partie sur le travail accompli et le positionnement des infirmiers généraux, puis des directeurs de soins infirmiers, on peut toutefois remarquer sa concomitance avec l'évolution du management à l'Hôpital. Placé au confluent des logiques administrative, médicale et soignante, le directeur des soins est le relais idéal de la politique de décloisonnement menée ces dernières décennies.

Ce rôle d'interface garant de la cohérence entre le stratégique et l'opérationnel, lui donne la possibilité d'initier un processus d'apprentissage collectif, tel que défini par Michel Crozier et Erhard Friedberg : le changement « *ne peut se comprendre que comme un processus de création collective à travers lequel les membres d'une collectivité donnée apprennent ensemble, [...] inventent et fixent de nouvelles façons de jouer le jeu social de la coopération et du conflit, [...] c'est un **processus d'apprentissage collectif** permettant d'instituer de nouveaux construits d'action collective* ». <sup>29</sup> Loin d'être rendue obsolète par l'autonomie de gestion conférée aux cadres de pôles, la fonction directeur de soins peut devenir essentielle pour la mise en œuvre d'un management collectif.

#### ✓ Avec des missions importantes en GRH

Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, définit les missions du directeur des soins. Dans son article 4, est énoncée sa participation « *à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation* ». De même, le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière cite comme une activité principale du directeur de soins le « *pilotage et contrôle des politiques concernant l'organisation des soins et des activités paramédicales, la détermination d'objectifs et de projets* » <sup>30</sup> Ainsi définie, la participation active du directeur des soins dans le processus de gestion des ressources humaines peut contribuer à la réussite des restructurations programmées. De fait, la hauteur des effectifs et des qualifications requises est souvent déterminée sur la base d'un chiffrage réalisé par le directeur des soins, faisant ensuite l'objet d'une négociation entre la direction et les pôles.

---

<sup>29</sup> Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Paris, 1977, Le Seuil/Points, 500 pages.

<sup>30</sup> Cf. fiche métier Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière



## **1.4.2 Le binôme DRH- directeur des soins**

La création des pôles d'activité et le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles ont pu faire envisager un nouveau positionnement du directeur des soins, recentré uniquement sur la qualité des soins et son évaluation. Si cette dimension est bien une priorité, il ne faudrait pas en déduire un désengagement du volet gestion des ressources humaines. La technicité du directeur des soins est certes orientée vers les soins, mais sa compétence est également requise pour leur organisation. Le directeur des ressources humaines, premier responsable de la gestion des effectifs, a tout intérêt à faire des choix prenant en compte l'analyse des besoins formulée par le directeur des soins, pour être sûr de concilier efficience et faisabilité. De la qualité de la relation entre ces deux acteurs dépend, pour une part, la pertinence des arbitrages et leur pérennité.

## **1.4.3 La GPEEC source d'un management partagé**

La nouvelle gouvernance hospitalière instaure un pilotage médico-économique, associant étroitement le corps médical à la gestion des établissements. Pour être efficaces, les choix stratégiques doivent donc être clairs et partagés. L'intérêt principal de la GPEEC est de structurer et de mettre en cohérence toutes les dimensions d'une politique des ressources humaines : recrutement, formation, gestion des mobilités et des carrières dans une démarche pragmatique et argumentée.

## **1.5 Des outils déterminants**

### **1.5.1 La détermination des activités**

On l'a vu, la mise en œuvre de la GPEEC nécessite en premier lieu de faire un état des lieux exhaustif des ressources et des compétences disponibles. A cette fin, la détermination des activités doit être réalisée, en regard des effectifs présents et de leur répartition en métiers. Ce travail est particulièrement important à l'Hôpital, en raison des nombreuses évolutions touchant les professions réglementées, soignantes notamment : pour exemples la VAE et les futurs transferts de compétences<sup>31</sup>. Dans ce processus, l'expertise du directeur des soins et de l'encadrement soignant en matière d'organisation

---

<sup>31</sup> cf. rapport Berland

des soins s'avère indispensable à la production d'une cartographie des emplois réaliste et fiable. Cette contribution, s'appuyant sur le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, permet également la détermination des emplois nécessaires à moyen et long terme, dans le cadre de restructurations ou de changements d'activité. En effet, la détermination des emplois et des qualifications nécessaires, à partir des besoins futurs, est une étape-clé du processus de GPEEC.

### **1.5.2 Les référentiels de fonction**

Le directeur des soins, s'il doit tenir compte des spécificités de son lieu d'exercice, n'en est pas moins le garant de la conformité des référentiels de fonction élaborés dans l'établissement. Ainsi, tout référentiel doit s'inscrire dans la trame des fiches métiers du Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, ce qui permettra leur lisibilité et facilitera la mobilité, autant interne qu'externe. Par ailleurs, la participation des acteurs concernés à leur élaboration est un gage d'appropriation collective de l'outil et d'harmonisation des pratiques sur l'établissement.

### **1.5.3 Les profils de poste**

Selon la même logique, chaque profil de poste conçu par l'encadrement déclinera le référentiel de la fonction concernée, en précisant les exigences particulières requises. Cette façon de décliner le référentiel de fonction sur la fiche métier, puis le profil de poste sur le référentiel de fonction, assure une cohérence d'ensemble à la cartographie des métiers soignants, conforme et compatible avec l'ensemble des autres établissements. Cet « emboîtement » nécessaire des outils est clairement de la compétence du directeur des soins.

## **2 La GPEEC questionnée**

### **2.1 Méthodologie de l'enquête**

Pour des raisons de faisabilité, nous avons opté pour une enquête par entretiens semi directifs de 30 minutes en moyenne, auprès de responsables d'établissements publics de santé. Le panel de personnes interrogées se compose de : 4 directeurs généraux, 5 directeurs des ressources humaines, 1 directeur de la qualité, 1 directeur des affaires financières, 5 directeurs des soins, 4 cadres supérieurs de santé, 2 représentants du personnel. Ce choix se justifie par le fait que les fonctions exercées sont celles des

acteurs principaux de la gestion des ressources humaines et de la GPEEC. Les lieux d'exercice sont au nombre de 5, les établissements étant de région, de spécialité et de taille différentes.

### 2.1.1 Composition du panel de personnes interrogées

Dans le tableau suivant, les personnes interrogées sont présentées par fonction, selon leur effectif.

<b>FONCTION</b>	<b>nombre</b>
Directeur d'Hôpital	4
Directeur des Ressources Humaines	5
Directeur de la Qualité	1
Directeur des Affaires Financières	1
Directeur des Soins	5
Cadres Supérieurs de Santé	4
Représentants du Personnel	2
<b>TOTAL :</b>	<b>22</b>

Nous avons élaboré une grille d'entretien<sup>32</sup> qui nous a permis de recueillir l'avis des personnes interrogées sur :

- ✓ Leur définition de la GPEEC et de ses principes
- ✓ L'éventuelle collaboration entre le DRH et le directeur des soins.

---

<sup>32</sup> cf. annexe 1.

- ✓ Le positionnement du DS au sein de l'équipe de direction
- ✓ Leur perception de l'intérêt de la GPEEC.
- ✓ Les difficultés de mise en œuvre
- ✓ Les liens entre la GPEEC, la T2A et la nouvelle gouvernance.
- ✓ Leurs préconisations quant aux modalités de mise en œuvre de la GPEEC.

Ce recueil d'informations n'est pas un audit comparatif in situ du degré de développement de la GPEEC sur chaque établissement, ce qui aurait été impossible, en particulier en raison des délais impartis à ce travail, mais bien une approche visant à appréhender la façon dont les acteurs principaux s'approprient le concept, et l'utilisent dans leur pratique. Pour garantir la liberté des propos, nous avons informé les personnes interrogées de l'anonymat de l'exploitation des réponses. Ceci a certainement concouru à la sincérité des réactions, positives comme négatives.

## **2.2 L'opinion des acteurs concernés**

Nous avons choisi de présenter ici les propos recueillis sans modification, pour ne pas dénaturer les opinions exprimées. Seule la fonction du locuteur est mentionnée. Nous n'avons retenu que les extraits les plus représentatifs.

### **2.2.1 La définition et les principes de la GPEEC**

#### **✓ Versant négatif :**

Un DH <sup>33</sup>: « C'est une démarche de fond difficile, une véritable « usine à gaz », très technique et qui demande des outils élaborés. En fait, tout le monde fait de la GPEC de façon informelle, comme M. Jourdain de la prose. Sa mise en place nécessiterait des outils et du personnel qualifié. »

Un DRH <sup>34</sup>: « C'est un véritable serpent de mer. C'est trop théorique, impossible à mettre en place. Bien sûr il faut gérer dans le prévisionnel, mais dans le contexte actuel, comment prévoir les départs à la retraite à 5 ans ? Parallèlement, le projet

---

<sup>33</sup> Lire partout Directeur d'Hôpital.

<sup>34</sup> Lire partout Directeur des Ressources Humaines.

d'établissement établi pour 5 ans est remis en question fréquemment, et de façon régulière, par la communauté médicale. »

✓ **Versant positif :**

Un DS<sup>35</sup> : « C'est avoir le meilleur professionnel au bon endroit, mettre en adéquation les postes avec les compétences. C'est une démarche naturelle, c'est quelque chose qui rentre dans la connaissance que l'on doit avoir sur le potentiel humain. »

Un DRH : « C'est avoir la bonne personne au bon moment, évaluer les compétences des agents dès le recrutement, choisir le type de professionnel que l'on veut pour demain. »

Un DS : « Un bon directeur doit être visionnaire et savoir anticiper, savoir se projeter, mais il faut savoir regarder en arrière si l'on suit »

Un DRH : « La GPEEC est basée sur le bilan social et la pyramide des âges, elle éclaire les choix en matière de recrutement. Nous avons mis en place cette démarche, qui se décline comme suit :

- Formation externe sur la GPEEC et l'utilisation du répertoire des métiers (15 personnes concernées).
- 3 cadres supérieurs ont été nommés référents
- Elaboration de référentiels métiers de l'établissement sur la trame du répertoire des métiers.
- Validation par les responsables concernés, puis par le DS et le DRH.
- Rédaction de fiches de postes sur la base des référentiels métiers de l'établissement.
- Elaboration des nouvelles grilles d'évaluation annuelle reposant sur les savoir-faire et les savoir-être requis.
- en projet : achat d'un logiciel spécifique avec un financement ARH permettant l'interfaçage avec le logiciel DRH en place, ce qui permettra notamment la gestion des compétences critiques. Des rencontres régulières ont lieu pour faire le point entre le DS, le DRH, et les CSS<sup>36</sup>. »

---

<sup>35</sup> Lire partout Directeur des soins.

<sup>36</sup> Lire partout Cadre Supérieur de Santé.

## 2.2.2 L'éventuelle collaboration entre le DRH et le Directeur des soins.

### ✓ Versant négatif :

Un DH : « La direction des soins ne doit pas être intégrée à la DRH, elle doit être une entité à part, pour être reconnue. L'organisation en pôles d'activité exige du DS qu'il centralise les informations sur le personnel pour les mettre à disposition de la Direction. »

Un DRH : « Les objectifs sont partagés, il n'y a pas de cloisonnement. Il convient de ne pas se positionner en termes de pouvoir. Les relations sont très personnes dépendantes. »

Un autre DRH : « Les restructurations sont imprévisibles, et dépendent des inflexions de la stratégie institutionnelle. Le DRH gère, le DS a pour légitimité sa connaissance des pratiques de soins. Le DS passe commande au DH, car il manage les équipes au quotidien, comme le prévoit la certification V3 : évaluation et sécurisation des pratiques, ainsi que management des équipes. Le DS est cependant toujours le garant des compétences par rapport à un poste »

### ✓ Versant positif :

Un DRH : « Pas de GRH ni de GPEEC possibles sans collaboration étroite et confiance mutuelle entre le DRH et le DS »

Un autre DRH : « Le DS est moteur dans le processus de GPEEC. Le DRH a besoin du DS pour la définition des besoins, il a besoin aussi des CSS pour renseigner le recueil d'information. »

Un DS : « Le DS collabore avec le DRH au développement de la GPEEC, notamment dans la remontée d'informations »

Un directeur de la qualité : « Des outils communs doivent être mis en place, notamment grâce à la collaboration DS et DRH : pyramide des âges, conversion des catégories professionnelles en fiches métiers. »

Un DH : « Le DS est le lien avec le projet d'établissement, le projet médical et le projet de soins, car c'est lui qui détermine les besoins, humains notamment. »

Un DRH : « Il faut bien déterminer qui fait quoi, la relation repose sur le respect mutuel. Le partage des tâches doit être bien clarifié, les décisions communes et leur communication commune. »

Un CSS : « Le DS participe activement au processus au recrutement, qu'il doit définir avec le DRH »

Un DH : « La plus value du DS c'est l'évaluation du potentiel professionnel, le DS aide le DRH à analyser les situations et les organisations d'un point de vue professionnel, il est le mieux à même de repérer des dysfonctionnements. »

Un DS : « Le DS a une autonomie dans les affectations des agents, l'entretien de recrutement c'est en grande partie du ressort du DS, mais la gestion doit en être partagée avec le DRH d'un commun accord. Il faut convaincre le DRH, lui expliquer l'intérêt de mener la GPEEC en binôme »

Un DRH : « Le DS collabore avec le DRH au développement de la GPEEC. Des outils communs sont mis en place : pyramide des âges, prévisions arrivées/départs. »

Un CSS : « Le DRH a besoin du DS pour la définition des besoins, il a besoin aussi des CSS pour renseigner le recueil d'information. Le DS collabore avec le DRH au développement de la GPEEC, notamment dans l'élaboration de tableaux de bord de suivi des effectifs.»

### **2.2.3 Le positionnement du DS au sein de l'équipe de direction**

#### **✓ Versant négatif :**

Un DH : « Le DS est le relais de la direction avec les services de soins, il doit veiller au respect des textes. Il doit être associé aux travaux d'équipement, pour qu'ils soient conformes aux activités programmées. Il faut faire reconnaître le DS, pour faire contrepoids au pouvoir médical. Mais la gestion des ressources humaines est uniquement du ressort du DRH. ».

#### **✓ Versant positif :**

Un DS : « Ce doit être un positionnement fort au sein de l'équipe de direction, un membre à part entière du pilotage stratégique. A ce titre, il est un acteur incontournable de la gestion des effectifs. »

Un DH : « Le DS est un acteur majeur pour la gestion des effectifs. Il doit s'assurer de la cohérence de ses décisions avec les orientations de la direction et du corps médical ».

Un DS : « L'autonomie des pôles, c'est bien Mais il y a risque de dérive. Le DS est indispensable pour donner du lien, de l'harmonie et de l'équité. »

## 2.2.4 L'intérêt de la GPEEC.

### ✓ Versant négatif :

Un DH : « La mise en place de la GPEEC nécessite une connaissance prospective minimale des enjeux et des ressources, ce qui est très difficile dans le contexte actuel. La gestion se fait plus au quotidien, en fonction de l'évolution rapide des contraintes. »

Un DRH : « C'est une procédure trop lourde, trop administrative, qui nécessite un personnel dédié qualifié à la direction des ressources humaines. Certains nouveaux métiers émergents n'existent d'ailleurs pas dans le répertoire de la fonction publique hospitalière (ingénieur en organisation et méthodes, par exemple). C'est un outil certes nécessaire, mais encore peu développé. »

Un représentant du personnel : « la GPEEC, c'est un outil conçu dans et pour le secteur marchand, qui comporte un risque de plan social »

### ✓ Versant positif :

Un DH : « La GPEEC apporte une visibilité trop souvent négligée sur l'évolution démographique de l'entreprise, elle établit un lien entre l'évaluation de notation et les fiches de poste, ce qui permet la détection des compétences nécessaires. Seule la GPEEC apporte une visibilité sur les évolutions démographiques des personnels et permet de faire les bons choix en termes de recrutement. Elle permet de recruter la bonne personne au bon moment »

Un DS : « c'est une démarche qui permet de concrétiser un projet. Elle offre un choix parmi les compétences réelles ou les compétences potentielles dans le cadre d'un recrutement. Elle facilite les choix dans le cadre de la promotion professionnelle. »

Un DRH : « La GPEEC doit clarifier les choix en terme de formation (évaluation des besoins dans le cadre d'entretiens, projet professionnel). Elle sert à mettre de l'ordre dans le système de gestion des ressources humaines, à d'adapter les moyens aux évolutions »

Deux DRH et un directeur des affaires financières : « Une aide spécifique financière pour le développement de la GPEEC peut être attribuée par les ARH.»

Un représentant du personnel ; « Si c'est une façon de nous associer à la gestion des emplois et des formations, c'est un processus qui peut se révéler positif. »



## 2.2.5 Les difficultés de mise en œuvre

### ✓ Versant négatif :

Un DRH : « La GPEEC demande un investissement en temps et en compétence, l'idéal est d'avoir un personnel dédié. Elle est difficile à mettre en place, car le turn over des directeurs est rapide, alors que la démarche demande du temps. Parallèlement, le projet d'établissement établi pour 5 ans est remis en question fréquemment, et de façon intempestive, par la communauté médicale. Les variations d'activités et de financements empêchent le développement d'une vraie GPEC. »

Un DH : « Les projets d'établissement et de pôles ne sont pas assez fiables en termes de clarté et de durée. Le projet de territoire est trop large, pas assez défini. Les règles du jeu sont trop mouvantes, ce qui empêche les prévisions. La DRH agit dans l'immédiateté permanente. »

Un DRH : « La faible taille du CH est un obstacle en termes de moyens matériels et humains à consacrer à la GPEEC. De plus les cohortes professionnelles concernées sont de faible effectif, ce qui peut dispenser d'une GPEEC formelle. Le logiciel de gestion du personnel est trop orienté DRH (paie, administration). Il perdure une difficulté pour articuler les nouveaux métiers et le statut de la fonction publique hospitalière. »

Un autre DRH : « La démarche métiers compétence peut aboutir à une frustration, notamment pour les nouveaux métiers qui n'ont pas de reconnaissance statutaire. »

### ✓ Versant positif :

Un DRH ; « Le pilotage des ressources humaines nécessite de l'anticipation. **L'instabilité n'est pas un frein à la GPEEC, mais la rend encore plus nécessaire.** »

Un DS : « Le DS doit être réaliste, ne pas faire de la GPEEC depuis son bureau. Il doit partir du terrain. »

## 2.2.6 Les liens entre la GPEEC, la T2A et la nouvelle gouvernance.

### ✓ Versant négatif :

Un DRH : « L'organisation en pôles d'activité exige du DS qu'il centralise les informations sur le personnel, pour les mettre à disposition de la Direction. Le pilotage des ressources humaines nécessite de l'anticipation. **L'instabilité est un frein à la GPEC.** »

✓ **Versant positif :**

Un directeur des affaires financières : « Avec la T2A, la GPEEC devient un outil réhibitoire pour le pilotage stratégique ; elle exige une collaboration étroite entre le DRH, le DS, et le directeur des affaires financières. »

Un DH : « Les difficultés financières des établissements accroissent les incertitudes, et donc la vision prospective est d'autant plus nécessaire, raison de plus pour mettre en place la GPEEC. »

Un DS : « **La T2A, les évolutions ne sont pas un frein à la GPEEC.** Parce qu'au delà des compétences, de la spécialisation des activités, la gestion des compétences reste nécessaire. »

Un CSS : « Les responsables de pôles sont impliqués dans la GPEEC, mais son pilotage reste dévolu au DRH et au DS. »

## **2.2.7 Leurs préconisations pour la mise en œuvre de la GPEEC**

Un DH : « L'ARH doit mieux cadrer ses objectifs régionaux d'activités, pour permettre aux établissements d'anticiper leur activité ».

Un DS : « La GPEC doit être une GPEC de territoire, conçue en fonction du projet médical de territoire. »

Un autre DS : « il faut développer les outils et former des personnels dédiés à la saisie des informations. Prévoir une GPEC à plusieurs niveaux : national, régional et local, avec des outils communs et compatibles. »

Trois DRH : « Il faut développer des outils informatiques dédiés performants, former des personnels qualifiés pour saisir avec fiabilité les données nécessaires ; se limiter aux emplois sensibles et anticiper les nouvelles qualifications nécessaires.

Un autre DRH : « La GPEEC est certes un apport pour la gestion de l'établissement, mais également une plus value pour les agents et leur gestion de carrière. Elle permet de construire des tableaux de bord sociétaux. »

## **2.3 La synthèse des informations recueillies**

### **2.3.1 Les directeurs d'établissement**

Les quatre directeurs questionnés n'émettent pas un avis homogène sur le thème. Si trois d'entre eux sont convaincus de l'intérêt de la démarche, un seul a vraiment

développé l'outil sur son site, deux autres reconnaissant la rusticité des moyens mis en œuvre. Le quatrième reste assez sceptique sur l'intérêt à consacrer des moyens humains et matériels dont l'utilité ne lui paraît pas évidente. Il est à noter que leur vision du rôle et du positionnement du directeur des soins, au sein de l'équipe de direction, est à l'aune de leur conception de la GPEEC.

### **2.3.2 Les directeurs des ressources humaines**

Sur les cinq directeurs des ressources humaines questionnés, seul l'un d'entre eux émet un avis péjoratif sur le concept de GPEEC et son utilité, en raison de la lourdeur de sa mise en place. Les quatre autres sont convaincus de sa nécessité, mais reconnaissent avoir des difficultés de mise en œuvre. Les raisons invoquées sont le manque de temps, de personnel qualifié et d'outil informatique adapté.

En fait, seuls deux d'entre eux ont réussi à élaborer une GPEEC, et mettent en exergue l'aspect essentiel d'une collaboration étroite avec le directeur des soins. Le climat social est également invoqué comme facteur déterminant, la GPEEC exigeant un dialogue avec les représentants du personnel de bonne qualité. Il est à noter que deux d'entre eux ne souhaitent pas copiloter la démarche avec le directeur des soins, qui doit se cantonner à formuler des demandes, et préfèrent garder la haute main sur la gestion des ressources humaines.

### **2.3.3 Les directeurs des affaires financières et de la qualité**

Ces deux directeurs ont nettement identifié l'utilité de la démarche, incontournable dans le contexte actuel, pour des raisons financières autant que de conformité à la qualité et aux exigences de la certification. Ils placent le directeur des soins au cœur du dispositif, et soulignent l'importance d'un travail collectif de l'équipe de direction sur ce thème.

### **2.3.4 Les directeurs de soins**

Les cinq directeurs de soins consultés sont unanimes : la GPEEC est devenue incontournable. L'un d'entre eux déplore l'opposition du DH et du DRH de l'établissement et se dit contraint de répondre au coup par coup aux besoins émergents, sans vision prospective. Il estime d'ailleurs que la GPEEC doit être pilotée par le seul DRH.

Deux autres collaborent avec le DRH et disposent d'outils communs, bien qu'à développer. Le quatrième, devant des difficultés de recrutement, a initié la démarche, reprise par son équipe de direction. Seul le cinquième, en lien avec le DRH et les autres membres de l'équipe de direction, dispose d'outils partagés, performants et évolutifs.

### **2.3.5 Les cadres supérieurs de santé**

Paradoxalement, les quatre cadres supérieurs sont les plus demandeurs du dispositif, attribuant un rôle majeur au directeur des soins dans sa mise en place et sa pérennisation. La balkanisation possible, souvent évoquée par la création des pôles d'activité, est perçue comme un danger à éviter, le directeur des soins étant une personne-ressource apte à répondre aux besoins des pôles de façon équitable et efficiente. La GPEEC est considérée ici comme l'un des outils principaux d'harmonisation des moyens et des pratiques. Tous se disent prêts à contribuer activement, à leur niveau, à l'élaboration et à l'amélioration du processus.

### **2.3.6 Les représentants du personnel**

Les deux représentants du personnel consultés sont d'avis plutôt divergents. Le premier se dit très sceptique, voire méfiant, assimilant le processus à une précarisation des emplois. Le second, en revanche, admet l'utilité d'une vision prospective des emplois, à condition d'y être pleinement associé. Les deux sont cependant d'accord pour reconnaître un rôle majeur au directeur des soins dans la détermination des besoins et l'affectation des agents aux pôles d'activité. Ils souhaitent cependant conserver un dialogue privilégié avec le DRH en ce qui concerne les effectifs et leur dimensionnement.

### **2.3.7 Tableau de synthèse**

Notre enquête nous a amené à rencontrer des praticiens de la gestion des ressources humaines exerçant sur des sites distincts et dans des configurations différentes. Les opinions recueillies, présentées plus haut, au-delà de la GPEEC, reflètent des stratégies et des comportements très variés. Cependant, il nous a paru nécessaire d'exposer la synthèse des opinions émises lors des entretiens, en regard de chaque hypothèse de départ, fonction par fonction. Nous avons donc regroupé les réponses par fonction exercée, selon deux modes : positif et négatif.

Par souci de clarté, nous présentons cette synthèse sous forme de tableau, page suivante.

Hypothèse Fonction	La GPEEC est un outil d'aide à la décision incontournable à l'Hôpital		Le directeur de soins est un acteur majeur de la GPEEC.		La GPEEC est un outil de gestion partagée qui doit être copiloté par le directeur des ressources humaines et le directeur des soins.	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
DH	3	1	3	1	2	2
DRH	4	1	3	2	3	2
DAF	1	0	1	0	1	0
DQ	1	0	1	0	1	0
DS	5	0	5	0	4	1
CSS	4	0	4	0	4	0
Représentants du personnel	1	1	2	0	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>7</b>

## **2.4 Analyse des résultats**

### **2.4.1 Hypothèse n°1**

Une large majorité de professionnels interrogés est d'accord pour reconnaître la GPEEC comme un outil stratégique indispensable pour l'Hôpital (19 sur 22). Derrière cette opinion dominante, les réserves portent essentiellement sur les difficultés de mise en œuvre, moyens humains et informatiques en particulier.

Les trois avis négatifs émanent de personnes exerçant sur le même site, où la situation, lors des entretiens, était relativement tendue, sur le plan financier notamment.

L'hypothèse de l'utilité de la GPEEC est donc validée, mais l'intérêt de l'enquête porte sur le fait d'avoir recensé les propos sur sa difficulté de mise en œuvre.

### **2.4.2 Hypothèse n°2**

Si les résultats globaux sont comparables, 19 professionnels interrogés sur 22 considérant le directeur des soins comme un acteur majeur dans la mise en place de la GPEEC, on peut relever la conception plus restrictive de son rôle, émanant d'un DH et de 2 DRH. Si ces 3 avis n'infirmant pas l'hypothèse, ils confirment la difficulté à instaurer une démarche prospective partagée, pourtant rédhibitoire de la réussite de la GPEEC

On peut toutefois considérer que la dimension gestion des ressources humaines du directeur des soins est clairement identifiée, ce qui valide son rôle dans la mise en place de la GPEEC.

### **2.4.3 Hypothèse n°3**

Sur le fait que le directeur des soins doit copiloter la GPEEC avec le DRH, le consensus est moins large : les résistances proviennent des DH, des DRH et des représentants du personnel. Les décideurs traditionnels du dialogue social ont quelques réticences à introduire d'autres acteurs, à assouplir les modes de fonctionnement et à instaurer une gestion plus largement partagée. Il est à noter que même un DS partage ce point de vue, préférant formuler des demandes au DRH, seul décideur dans le domaine des ressources humaines.

Cette hypothèse, qui souligne la dimension stratégique et managériale du directeur des soins, est celle qui recueille le plus d'opinions négatives (7 sur 22).

On peut cependant considérer que le rôle du directeur des soins au sein de l'équipe de direction n'est pas remis en question, son implication étant souhaitée par une majorité de professionnels interrogés.

### **3 Les propositions d'action**

#### **3.1 Contribuer à la démarche projet**

La nouvelle gouvernance et l'organisation en pôles d'activités amplifient le rôle d'harmonisateur des pratiques, de créateur de « lien institutionnel » du directeur des soins. Son positionnement, son expertise dans l'initiation et le pilotage de groupes de travail transversaux doivent être mis à profit pour développer au sein de l'institution une réelle culture de gestion prospective. La mise en place d'un groupe de travail transversal dédié à la GPEEC, associant les professionnels concernés, sera un gage de réussite du changement réalisé avec et par eux. La détermination des activités constitutives d'un métier reposera ainsi sur une base fiable et reconnue a priori par les acteurs de terrain. La conception des référentiels de fonction et des profils de poste sera homogène sur l'établissement, et, en s'inscrivant dans la trame du répertoire des métiers, devrait permettre une plus grande lisibilité pour tous les professionnels, les nouveaux arrivants et les partenaires extérieurs.

#### **3.2 Contribuer à l'élaboration des outils**

Le directeur des soins, même en l'absence d'une politique de GPEEC formalisée, a les moyens de développer des outils élémentaires de gestion prospective. L'élaboration de tableaux de bord de gestion des personnels par l'encadrement peut être réalisée rapidement, et constituer le socle d'une future GPEEC. La rusticité de ces outils ne doit pas être redoutée, car leur utilité pour les décideurs et leur utilisation par les acteurs les amènent à évoluer. De même, le recours au benchmarking, par l'introduction et l'adaptation d'outils utilisés dans d'autres établissements de même nature est une solution à envisager pour amorcer rapidement le processus de GPEEC. Ainsi, les référentiels de fonction, les procédures d'évaluation annuelle, le recueil des projets professionnels et des souhaits de formation individuels, peuvent, pour une large part, s'inspirer d'expériences d'autres établissements. L'apport de ces outils permettra au directeur des soins d'instaurer avec le directeur des ressources humaines un partenariat constructif et une réelle coopération.

De même, la clarification du rôle du directeur des soins dans le processus de recrutement et d'affectation des personnels s'avère capitale. La légitimité de son positionnement dans la gestion des ressources humaines sera renforcée par la construction, avec le directeur des ressources humaines, d'une base de données

commune, et permettra de sortir d'une logique client/fournisseur entre les pôles et la direction. Les besoins et les ressources identifiés ensemble doivent générer des réponses élaborées sur la base d'un diagnostic partagé.

### **3.3 Intégrer la dimension économique**

La contribution du directeur des soins à la GPEEC doit intégrer la dimension économique : la logique de la tarification à l'activité impose une connaissance prospective des dépenses, en particulier pour le personnel, qui représente 70 à 80 % des coûts pour l'Hôpital. C'est pourquoi toute prévision d'activité, et du personnel qui s'y rattache, doit tenir compte de son impact budgétaire, en termes de recettes et de dépenses. La collaboration du directeur des soins avec les directeurs des ressources humaines et des finances est donc incontournable. Le fait de chiffrer ses propositions contribue à leur crédibilité et permet au directeur des soins de partager un langage commun avec les autres membres de l'équipe de direction.

### **3.4 Conjuguer besoins institutionnels et potentiels individuels**

Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, définit les missions du directeur des soins. Dans son article 4, est énoncée sa participation « à la *gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation* ». A ce titre, il doit de répondre manière efficiente aux besoins de la structure où il exerce. Mais sa responsabilité, dans le cadre de la politique promotionnelle, de la mise en place de la VAE<sup>37</sup>, et plus largement du processus de formation, l'oblige à prendre en compte les potentiels d'évolution et les projets professionnels des personnels placés sous son autorité. Seule une GPEEC prenant en compte toutes ces dimensions, les mettant en cohérence pour répondre aux besoins émergents et aux aspirations des individus, peut lui permettre de conjuguer les besoins institutionnels et les potentiels individuels. L'instauration d'un droit individuel à la formation (DIF) rend plus que jamais nécessaire la synergie entre GPEEC et plan de formation. De même, si le projet de soins fait partie intégrante du projet médico-soignant, il est à concevoir également en articulation étroite avec le projet social.

---

<sup>37</sup> Validation des Acquis et de l'Expérience



### **3.5 Participer au développement du système d'informations**

Le plan Hôpital 2012 prévoit 17% de son aide financière pour la mise à niveau des systèmes d'information. A l'ère des nouvelles technologies de l'information et de la communication, les établissements hospitaliers développent des outils de gestion informatique de plus en plus sophistiqués. Le directeur des soins doit s'impliquer dans la définition des besoins, en particulier pour la gestion des personnels dont il a la responsabilité. La pertinence des informations nécessaires à la mise en place d'une GPEEC performante est, en effet, fortement conditionnée par l'exhaustivité et l'accessibilité des données disponibles.

De façon plus générale, il paraît légitime de souhaiter un cadrage plus « serré » des organes de tutelle, DHOS ou ARH, pour harmoniser les politiques locales de GPEEC. En effet, si l'autonomie de gestion et le principe de subsidiarité ont permis une grande diversité des expériences menées, la mise à disposition d'outils et de méthodes uniformisées, à l'échelle nationale ou régionale, contribuerait certainement à accélérer le processus. Le fait, pour les établissements, de disposer d'un même logiciel de gestion des ressources humaines intégrant le volet GPEEC serait un facteur facilitateur non négligeable. Le suivi des carrières, la gestion des compétences et la mobilité inter sites serait nettement améliorée.

### **3.6 Participer à la recherche de soutien logistique et de financements**

La circulaire DHOS/P1/2007/369 du 9/10/2007 relative au financement par le FMESPP de projets vise à renforcer la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé. A ce titre, le déploiement de formations spécifiques à la GPEEC, ou le développement de logiciels dédiés, est possible. La complexité de la mise en œuvre invoquée plus haut n'est plus un obstacle incontournable. En participant à la veille juridique au sein de son établissement, et en préparant des dossiers argumentés, le directeur des soins peut concourir à l'obtention de financements ou de soutien logistique.

### **3.7 Contribuer à une harmonisation régionale**

La GPEEC, pour être efficace, impose une harmonisation entre les pôles au sein de chaque établissement. Les outils et les méthodes doivent être communs pour être utilisables. Mais la contribution du directeur des soins ne doit pas s'arrêter aux portes de l'établissement. En effet, l'élaboration d'une GPEEC à l'échelle régionale devient

rédhibitoire, en raison de la recomposition actuelle de l'offre de soins et des évolutions démographiques. Il est donc crucial que chaque établissement inscrive sa GPEEC dans le schéma régional, et échange des données fiables et utilisables. Là encore, la contribution du directeur des soins peut permettre, en lien avec les conseillers techniques régionaux, d'assurer la clarté des données et la cohérence des actions à mener, au sein de l'établissement, ou pour le territoire de santé.

## Conclusion

Comme l'a énoncé Guillaume d'Orange, « *Point n'est besoin de réussir pour entreprendre, ni d'espérer pour persévérer* ».

L'Hôpital est une institution unique, par son objet, dispenser des soins, et la complexité de sa gestion, qui doit concilier logique médicale, logique administrative et logique sociale. Son ancrage historique et son évolution en ont fait l'un des fleurons du modèle social à la française. Malgré sa typologie socio-technique, cette entreprise particulière a toujours réussi ses mutations successives.

Mettre en place une GPEEC est, pour toute entreprise, un travail inscrit dans la durée, qui demande un investissement certain en temps, et en moyens humains et matériels. Il est d'ailleurs patent que les plus grandes entreprises sont les plus avancées dans ce domaine, ayant dédié des moyens spécifiques à cette fin.

La mise en place de la GPEEC à l'Hôpital se fait progressivement, et la contribution active des directeurs des soins à ce processus doit s'inscrire dans une démarche collective et partagée, pour apporter des réponses, autant aux besoins de l'institution qu'aux projets des professionnels.

Cette enquête nous aura certes permis de mesurer les difficultés rencontrées par les acteurs concernés pour sa mise en œuvre, mais aura surtout contribué à renforcer notre conviction de l'utilité de la démarche.

Au-delà de l'objet de ce travail, la rencontre avec des praticiens au quotidien de la gestion des ressources humaines nous a fait comprendre la difficulté à instaurer de nouvelles méthodes de management, et la nécessité d'un engagement collectif pour une réelle gestion partagée. La fonction directeur des soins, historiquement récente et contemporaine du concept de GPEEC, a pu être largement évoquée lors des entretiens.

Son rôle important au sein de l'équipe de direction et dans le processus de décision a été clairement identifié et reconnu incontournable par la grande majorité des professionnels interrogés. Sa contribution à la mise en place de la GPEEC peut et doit illustrer son utilité et sa légitimité au sein de l'institution.

---

## Bibliographie

---

### PERIODIQUES

BARTHES R, Février 2008, « De la démographie ou comment transformer une contrainte en opportunité ». *Les cahiers hospitaliers*, pp.; 11-13.

COLLECTIF, 2005, « De la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences (GPEEC) aux cadres statutaires : la progressive émergence de la notion de "métier" dans la fonction publique d'Etat en France», in « Gérer les carrières ? », *Revue française d'administration publique*, n°116, pp.551-713.

COLLECTIF, octobre-décembre 1991, « De l'administration du personnel à une gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences à l'hôpital ? », *Revue française des affaires sociales*, n°45, pp. 13-40.

DALLAIRE Cl. , Mai 2005, « L'accès au pouvoir dans une organisation, une question de santé », *Soins cadres*, n°54, page 49.

DONGRADI JL, Mars 2008, « Hôpital 2007...Sauvé par un nouveau mode de management ? ». *Gestion hospitalière*, pp. 165-171.

SAINSAULIEU R., Mars/Avril 1998, « La construction des identités au travail » *Sciences humaines*, Hors série N° 20 pp.40- 43.

### SUPPORTS ELECTRONIQUES

ARHIF, « Démarche métiers-compétences 2012, Guide pratique de mise en œuvre à destination des établissements de santé », 2007, consultable sur [www.c2r.fr](http://www.c2r.fr).

Rapport conjoint de l'IGF, IGAEN, IGA, IGAS et du Conseil Général des Ponts et Chaussées, décembre 1996 « La gestion prévisionnelle des emplois et des métiers dans la fonction publique : constats et propositions à partir de l'étude de cinq ministères ».

## OUVRAGES

BARTHES R. et DONIUS B., 2005, chapitre 1, « Prévoir emplois et les compétences » dans l'ouvrage *Le développement des ressources humaines*, RENNES : Editions ENSP, page 31.

CROZIER M. et FRIEDBERG E., 1977, « *L'acteur et le système* », Paris :Editions Le Seuil/Points, 500 pages.

DE KERSVADOUE J., 2003, « *La crise des professions de santé* », Paris : Editions Dunod, 29 pages.

DE KERVASDOUE J., 2004, « *L'Hôpital* », coll. « Que sais-je ? ».Paris : Editions Presses universitaires de France (PUF).

DERENNE O., LUCAS A., 2005, « *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière.* » Volume 2. Le développement des ressources humaines. Rennes : Editions ENSP, 445p.

EVIN C., 2007, préface de « *L'hôpital expliqué* », Paris : Editions FHF.

FOURASTIE J., 1979, « *Les Trente Glorieuses, ou la révolution invisible de 1946 à 1975* », Paris : Editions Fayard, 300 p.

GAZIER B., 2005, « *Vers un nouveau modèle social* », Paris : Flammarion.

PIERRE C., JOUVENOT C., juillet 2007, « *La reconnaissance au cœur des démarches compétence* », études et documents, Lyon : Editions ANACT, 115 pages.

QUINTREAU (Bernard), 31 novembre 2001, « *Dynamique de la population active et emploi : la gestion prévisionnelle des âges à l'horizon 2010* », Journal officiel de la République française .Avis et rapports du Conseil économique et social, n°20, vol.1, p.I-1-II-177 et n°20:vol.2, p.1-95.

## MEMOIRES

AUFFRET C., 2006, « *La contribution stratégique du directeur des soins face aux évolutions des métiers liées aux restructurations hospitalières* », Mémoire ENSP, filière Directeur des soins Rennes, 59 pages.

BOUET O., DEANAZ G., FOUMENA W-C., DE PENFENTENYO S., juin 2007, « *Quelles valeurs managériales pour promouvoir une GPEEC ?* » Sciences-Po, Ineum Consulting – Activité RH – Conduite du Changement, 34 pages.

CHAUMAT E., 2006, « *Investir dans le partage d'une logique compétence métier : une démarche stratégique du Directeur de soins pour soutenir l'évolution hospitalière* », Mémoire ENSP, filière Directeur des soins Rennes, 57 pages.

LANG S., 2004, « *L'évaluation des compétences : un levier à l'approche systémique de la gestion des ressources humaines* », Mémoire ENSP, filière Directeur des soins Rennes, 57 pages.

LE GOURIERES E., 2007, « *La gestion des compétences : un enjeu pour la prise en charge des patients et des professionnels* », Mémoire ENSP, filière Directeur des soins Rennes, 78 pages.

LECARDEZ M., 2000, « *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : les prémisses d'une expérience au CHU de Nice* », Mémoire ENSP, filière Directeur d'Hôpital, Rennes, 87 pages.

PONTONNIER M-A., 2002, « *L'émergence d'un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches : la mise en place de tableaux de bord sociaux par service* », Mémoire ENSP, filière Directeur d'Hôpital, Rennes, 78 pages.

ROCHER M., 2004, « *la mise en œuvre d'une politique de GPEC : l'exemple du Centre Hospitalier de Haguenau* », Mémoire ENSP, filière Directeur d'Hôpital, Rennes, 75 pages.

## AUTRES SOURCES

LARCHER G., 2008, « *Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital* », présidée par M. LARCHER- Rapport final- Propositions.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Mars 2007, « Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations ».

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, septembre 2006, Mission « Démographie médicale hospitalière », Rapport présenté par le Pr. Yvon BERLAND.

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE  
Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, 2006-2007, Gestion prévisionnelle des ressources humaines Volume 2, 164 pages.

SILICANI JL, Avril 2008, « *Conférence nationale sur les valeurs, les missions et les métiers du service public et de la fonction publique* », Livre Blanc sur l'avenir de la fonction publique hospitalière « *Faire des services publics et de la fonction publique des atouts pour la France* ».

---

## Liste des annexes

---

**Annexe I** : grille d'entretien type





**EHESP**

# SUPPORT D'ENTRETIEN

<b>THEMES ABORDES DANS LA COLLECTE DES DONNEES</b>		<b>INTERLOCUTEUR/ DATE / FONCTION:</b>
<b>1- LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La structure des emplois est-elle amenée à évoluer ?</li> <li>✓ Les besoins actuels et à venir sont-ils identifiés ?</li> <li>✓ Où en êtes-vous ?</li> </ul>	
<b>2- LES MOYENS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Existe-il des tableaux de bord de gestion du personnel ?</li> <li>✓ Existe-il des référentiels de fonction, des profils de poste ?</li> <li>✓ Disposez-vous des moyens humains suffisants ?</li> <li>✓ Disposez vous de moyens logistiques (locaux, logiciels matériels...) ?</li> </ul>	
<b>3- LES RELATIONS AVEC LES AUTRES ACTEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sur quel partenariat vous appuyez-vous ?</li> <li>✓ Quel rôle doit, selon-vous, jouer le directeur des soins dans la gestion des ressources humaines ?</li> <li>✓ Comment se concrétise votre collaboration avec les autres intervenants ?</li> <li>-Partage de l'information ?</li> <li>-Coordination ?</li> </ul>	
<b>4- LIMITES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quelles difficultés avez-vous ou rencontrez-vous dans la mise en place de la GPEC ?</li> <li>✓ Propositions d'amélioration ?</li> <li>✓</li> </ul>	
<b>5- ATTENTES ET INTERET A METTRE EN ŒUVRE UNE GPEC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quel type de GPEC ?</li> <li>✓ Intérêts à participer ?</li> </ul>	