



**EHESP**

---

**Directeur Hôpital**

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

---

**En quoi la Gestion Prévisionnelle des  
Métiers et des Compétences s'impose t elle  
aujourd'hui à l'hôpital public ?**

*Sa mise en place au sein du Centre Hospitalier  
Intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil*

---

**Frédéric PIGNY**

---

## AVERTISSEMENT

---

### MEMOIRE UNIVERSITAIRE

L'individualisation des parcours de formation permet aux Elèves Directeurs d'Hôpital de préparer, durant leur formation, un diplôme de troisième cycle.

Le mémoire universitaire réalisé dans ce cadre est présenté devant le jury de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, accompagné d'une note mettant en perspective l'apport de l'étude réalisée pour l'exercice du métier de directeur d'hôpital.

**Intitulé du diplôme :**

Master 2 « Gestion des Ressources Humaines dans le secteur public »

**Responsables du diplôme :**

- Monsieur le Professeur AMADIEU Jean François, Professeur agrégé en sciences de gestion
- Monsieur POCHARD Marcel, Conseiller d'Etat, Président du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière.

**Université :** Université Paris 1 Panthéon Sorbonne

**Année :** 2007-2008

**Mémoire encadré par :** Professeur AMADIEU Jean François

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont collaboré, d'une façon ou d'une autre à l'élaboration de ce mémoire :

Monsieur le Professeur AMADIEU Jean François, Professeur agrégé en sciences de gestion à l'université Paris 1 Panthéon Sorbonne

Monsieur BARTHES Richard, ancien chargé de mission « Emploi – Formation » à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)

Monsieur MILLAN Mario, chargé de mission « GPMC » à la DHOS

L'ensemble des directeurs d'hôpitaux et cadres qui m'ont accordé des entretiens et ont accepté de contribuer à cette réflexion

Et plus particulièrement

Madame JOUVET Valérie, directrice du Personnel et des Relations Sociales au Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil

ainsi que le personnel de la Direction du Personnel et des Relations Sociales

Sans oublier

Nadine, pour sa lecture attentive et ses conseils avisés.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>Page 3</b>
<b><u>Partie 1</u></b>	
<b>L'EVOLUTION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH)</b>	
<b>A L'HOPITAL : De la gestion administrative à la gestion des compétences</b>	<b>Page 7</b>
<i>1/ LA GPMC PREND NAISSANCE ET SE DEVELOPPE A PARTIR D'UNE NECESSITE D'ANTICIPER.....</i>	<i>Page 7</i>
1.1 Prévoir, c'est anticiper.....	Page 7
a) du contexte économique, industriel et commercial.....	Page 8
b) à la sphère publique.....	Page 9
c) et plus tardivement à l'hôpital.....	Page 10
1.2 De la GPEC à la GPMC.....	Page 12
a) Vers quel modèle de GRH tendons nous ?.....	Page 13
b) Pourquoi préférer le terme de GPMC pour la Fonction Publique.....	Page 16
<i>2/ LA DEFINITION ET LES CONCEPTS ASSOCIES.....</i>	<i>Page 17</i>
2.1 La GPEC.....	Page 17
2.2 Les concepts associés.....	Page 19
a) la compétence.....	Page 19
b) le métier.....	Page 20
c) les autres notions.....	Page 21
<i>3/ LES ENJEUX DE LA GPMC.....</i>	<i>Page 23</i>
3.1 Des enjeux au cœur de la GRH.....	Page 23
a) Des ressources humaines disponibles.....	Page 23
b) Des ressources humaines mobilisées.....	Page 24
c) Des ressources humaines efficientes.....	Page 24
d) Des ressources humaines adaptables.....	Page 24
3.2 ...en vue de d'adapter aux évolutions des métiers de l'hôpital.....	Page 25
a) L'évolution qualitative et quantitative de la demande et des besoins de soins : le choc démographique.....	Page 25
b) L'évolution du contexte de l'offre de soins.....	Page 27
c) L'évolution de la prise en charge du patient et des pratiques de soins.....	Page 28

d) L'évolution de l'organisation des établissements publics de santé et des moyens mis en œuvre.....	Page 28
e) L'évolution du système de formation professionnelle initiale et continue.....	Page 29

<b>4/ LE TRAVAIL D'INVESTIGATION.....</b>	<b>Page 30</b>
4.1 Méthodologie de l'enquête.....	Page 30
a) Le choix de l'entretien.....	Page 30
b) Les personnes sollicitées.....	Page 32
c) le déroulement des entretiens.....	Page 32
d) Les thèmes des entretiens.....	Page 33
e) Les avantages et les limites.....	Page 34
4.2 Synthèse de l'analyse et résultats.....	Page 34
a) Pour les entretiens A et par items.....	Page 34
b) Pour l'entretien B et par items.....	Page 36

## **Partie 2**

<b>LA MISE EN PLACE DE LA GPMC AU CHIELVR .....</b>	<b>Page 38</b>
---	----------------

<b><i>1/ LA DEMARCHE METIERS/COMPETENCES EST UN AXE STRATEGIQUE ET OPERATIONNEL DE L'ETABLISSEMENT.....</i></b>	<b>Page 38</b>
1.1 Un outil d'analyse et d'aide à la décision.....	Page 38
a) Qui se construit à travers un répertoire, une cartographie métiers.....	Page 38
b) et autant que possible à partir d'un système d'information performant.....	Page 42
1.2 ...Au service d'une stratégie pour l'établissement ... ..	Page 43

<b><i>2/ LES PREMIERS PAS DE LA GPMC AU CHIELVR.....</i></b>	<b>Page 46</b>
2.1 Le recensement des métiers et l'identification des effectifs sur l'établissement.....	Page 48
a) le plan d'actions.....	Page 48
b) l'appui méthodologique.....	Page 50
2.2 L'analyse de la cartographie des métiers.....	Page 52
a) vue générale de l'établissement.....	Page 52
b) la répartition des métiers par domaine fonctionnel et par pôle.....	Page 53
c) les métiers nouvellement identifiés.....	Page 55
2.3 L'intégration de la dimension métier dans les processus de gestion RH...	Page 56

*3/ L'ETAT DES LIEUX ET LES PISTES D'AMELIORATION.....* Page 56

**CONCLUSION.....** Page 60

---

## Liste des sigles utilisés

---

AFPA : Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes  
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
ARH : Agence Régional de l'Hospitalisation  
CEREQ : Centre d'Etude et de Recherche sur les Qualifications  
CHIELVR : Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique  
EPRD : Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses  
EPS : Etablissement Public de santé  
ETP : Emploi Temps Plein  
FMESPP : Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés  
FPE : Fonction Publique d'Etat  
FPH : Fonction Publique Hospitalière  
FPT : Fonction Publique Territoriale  
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
GPE : Gestion Prévisionnelle des Effectifs  
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences  
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences  
GPRH : Gestion Prévisionnelle des Ressources Humaines  
GRH : Gestion des Ressources Humaines  
HAS : Haute Autorité de Santé  
PE : Projet d'Etablissement  
PSE : Plan de Sauvegarde de l'Emploi  
ROME : Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois  
SIRH : Système d'Information en Ressources Humaines  
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

## INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers/Val de Reuil (CHIELVR)\* est né le 1er janvier 1999 de la fusion juridique entre le Centre Hospitalier d'Elbeuf et le Centre Hospitalier Intercommunal Louviers/Val de Reuil. L'établissement est doté, à l'instar des autres Etablissements Publics de Santé, de la personne morale de droit public, de l'autonomie administrative et financière et est soumis au contrôle de l'Etat. En outre l'hôpital doit accomplir ses missions de service public pour lesquels il a été créé. Ses missions que sont le soin, la prévention, l'enseignement et la recherche ont été réaffirmées dans le cadre de la loi hospitalière du 31 juillet 1991.

Aujourd'hui le CHIELVR s'inscrit dans un bassin de vie de 200 000 habitants au sud du territoire de santé de Rouen-Elbeuf qui comprend 900 000 habitants. Ainsi, l'hôpital constitue un établissement de recours qui coopère avec le CHU de Rouen (centre hospitalier de référence, notamment pour toutes les activités dites de « hautes technicités » comme les spécialités de neurochirurgie ou encore de chirurgie cardiaque). Réparti sur sept sites et sur deux départements : l'Eure et la Seine Maritime, L'hôpital dispose de 946 lits :

- 349 en Médecine Chirurgie Obstétrique. Ces lits se trouvent essentiellement sur l'hôpital des Feugrais, situé à Elbeuf, qui dispose du plateau médico-technique (bloc opératoire, laboratoire, imagerie...)

- 120 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) sur le site de Martot et celui de Louviers

- 477 places en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)\* réparties sur cinq résidences (Le bois rond, La source, Les arches, Les rives saint taurin et Les quatre saisons)

ainsi que de deux Points Accueil Santé (Elbeuf et Louviers), d'une équipe mobile de gériatrie et de soins palliatifs, d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), d'une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) située au centre pénitentiaire de val de Reuil et d'un service d'Hospitalisation A Domicile (HAD).

Pour ce faire le CHIELVR compte un effectif de 1 311,26 ETP\* de personnel non médical ainsi que plus de 146 médecins. Les effectifs sont répartis en huit pôles d'activités : médecine et spécialités médicales, chirurgie et anesthésie, médecine d'urgence, femme-mère-enfant, médico-technique, soins de suite et réadaptation, gériatrie et administratif.



L'activité du CHIELVR a progressé depuis 2005 de plus de 2 % en moyenne par an avec pour 2007 près de 26 000 hospitalisations, 1782 naissances et 57 643 passages aux urgences sans hospitalisation.

Le CHIELVR a pratiqué rapidement une application volontariste des réformes hospitalières en développant notamment la mutualisation des moyens. A ce titre l'établissement était organisé en fédérations, préfigurant la structuration en pôles, depuis une quinzaine d'années. Cette démarche a permis de mettre en place de façon précoce la nouvelle gouvernance introduite par l'ordonnance du 2 mai 2005 faisant évoluer le fonctionnement et l'organisation interne des établissements publics de santé. Le Plan Hôpital 2012 devrait aussi permettre, grâce à des mesures financières d'accompagnement de l'investissement hospitalier, la modernisation du site d'Elbeuf notamment par l'amélioration des conditions d'hospitalisation (Objectif de 80% de chambres individuelles contre 20% actuellement), le développement d'un système d'information plus performant ou encore le rapprochement de l'activité de SSR\* sur le site des Feugrais au plus près du plateau médico-technique.

En outre, l'établissement s'engage dans des activités innovantes. 2008 a vu naître de nouvelles activités comme l'unité de « surveillance continue », un partenariat entre l'établissement et des médecins libéraux gastro-entérologues et gynécologues sous la forme juridique d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)\* ainsi que l'Hospitalisation à Domicile (HAD)\*. Cette dernière se développe rapidement et connaîtra une montée en charge sur trois ans, pour atteindre 40 places. Une équipe mobile de gériatrie est opérationnelle depuis début mai et une unité de jour alzheimer devrait ouvrir avant la fin de l'année.

Enfin le plateau technique se développe notamment par l'acquisition d'un second scanner et le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS)\*, qui a pour objet « de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé »<sup>1</sup>, conforte le positionnement du chielvr comme hôpital de recours.

---

<sup>1</sup> Article L. 6121-2 du Code de la Santé Publique

Le développement de l'activité a conduit à la création de près de 200 emplois sur trois ans avec une augmentation de création de postes très significatives sur le secteur des personnes âgées.

Le Projet d'Etablissement 2005-2009 qui intègre les orientations du 3<sup>ème</sup> SROS a été validé dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé en mars 2007 avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)\*. La politique menée au sein du CHIELVR se situe résolument dans une dynamique de modernisation continue de l'établissement et d'amélioration constante de la qualité des soins. L'année 2007 a été marquée par le renouvellement de la certification de l'établissement. Le CHIELVR a obtenu par la Haute Autorité de Santé (HAS)\* une certification de l'ensemble de ses services sans aucune recommandation ou réserve.

Cependant le CHIELVR est en proie à des turbulences qui lui impose aujourd'hui de préciser son plan de vol pour rendre encore plus légitime son positionnement.

En effet le contexte du CHIELVR est particulier dans le sens où il fait partie de la tranche des 10% plus importants Centre Hospitalier non Centre Hospitalier Universitaire et se trouve en même temps seulement à 20 kilomètres du CHU de Rouen. Le rapport Larcher comme le projet de loi « Patient, Santé, Territoire » de Madame la ministre de la santé qui devrait être débattu à l'automne encouragent fortement au regroupement de structures dans le cadre de ce qui pourrait être des communautés hospitalières de territoire.

Par ailleurs, comme le permet la réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé entrée en vigueur en 2006, le CHIELVR s'est vu refuser par l'ARH de Haute Normandie son Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD).

En quelques mots l'EPRD qui tient lieu et place de budget présente la double caractéristique d'une part de disposer de crédits essentiellement évaluatifs et d'autre part d'offrir une double approche à la fois budgétaire et financière. Pour le CHIELVR le refus est lié à la sous estimation de prévisions d'activité, à l'insuffisance d'autofinancement ...

Toutefois dans le même temps le CHIELVR présente un certain nombre de forces et d'atouts, que nous développerons à travers le projet d'établissement, venant conforter le projet architectural, encourager les restructurations et moderniser les organisations. C'est dans ce contexte qu'a grandi cette volonté de la direction, encouragée par un appel à projets de l'ARH de Haute Normandie, de mettre en œuvre une démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

La situation à laquelle l'hôpital public est aujourd'hui, encore plus qu'hier, confronté s'apparente, et nous y reviendrons plus longuement, à la crise traversée par les grandes entreprises industrielles françaises à la suite des trente glorieuses : concurrence exacerbée, prédominance de la main d'œuvre dans le processus productif, infrastructures vieillissantes et inadaptées, difficultés financières qui affectent profondément le fonctionnement et la gestion.

Face à ce défi : soigner le mieux possible, tout le monde, à tout moment, presque en tous lieux, et au meilleur coût, nécessite des établissements publics de santé un cadre de recherche permanente d'efficience médico-économique.

Mieux prendre en compte les problématiques actuelles et anticiper les évolutions dans ce que certains appellent, pour nommer l'hôpital, une méta organisation où la masse salariale représente plus des deux tiers des dépenses de fonctionnement et où dans le même temps les Hommes constituent sa principale richesse, c'est véritablement là l'objectif auquel doit tendre la gestion des ressources humaines hospitalière actuelle.

Pour surmonter ces contraintes et assurer au mieux sa mission de service public, la gestion des ressources humaines doit constamment s'adapter, évoluer, innover dans ses pratiques et ses outils. La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences apparaît ainsi comme un axe majeur, à la fois stratégique et opérationnel, de la politique d'établissement et ceci dans le sens où elle constitue un outil essentiel visant à l'adaptation des moyens humains aux besoins et moyens actuels et futurs de l'hôpital.

Ce mémoire a pour objectif de susciter, développer et enrichir la réflexion autour de l'intérêt, voire de la nécessité de la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences au sein d'un établissement public de santé. Ce travail d'analyse et de recherche s'appuie sur un plan opérationnel sur la mise en place de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC)\*, durant mon stage de huit mois en qualité d'Elève Directeur Hôpital, au sein du Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil.

# **PARTIE 1 : L'EVOLUTION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : De la gestion administrative à la gestion des compétences**

S'il existe des écrits anciens qui s'intéressent à la gestion des Hommes au sein des organisations, c'est véritablement autour des corporations de métiers durant la période du moyen âge à l'Ancien Régime que la fonction personnel va émerger. Ayant un rôle mineur au sein de ces structures, elle se contente essentiellement d'organiser les relations de travail. Cette fonction personnel va se structurer et se développer à partir du début du XIXème siècle avec l'avènement de l'ère industrielle. Si l'on considérait à l'époque que « l'ouvrier est une machine et le salarié le prix de son entretien », les établissements de santé, « entreprise de main d'œuvre par excellence », ont eu conscience de la valeur croissante de leurs ressources humaines. Cette prise en considération est d'autant plus importante à l'hôpital, que l'institution, œuvre de charité et de bienfaisance, a fonctionné de manière unique jusqu'aux années 70, c'est-à-dire très récemment au regard de l'héritage hospitalier, grâce aux religieux qui effectuaient leurs missions bénévolement et sans horaires.

Aussi sans remonter à la genèse de ce que fût les prémices de la gestion des ressources humaines, il semble toutefois nécessaire à travers une mise en perspective historique de revenir sur les facteurs qui ont conduit - dans un premier temps l'industrie et le monde de l'entreprise puis le secteur public - à faire évoluer la gestion administrative des effectifs en gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) puis en gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). Nous mesurons dès lors combien il est nécessaire pour appréhender la thématique de la gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPRH)\* de s'approprier ce concept.

## **1/ LA GPMC prend naissance et se développe à partir d'une nécessité d'anticiper**

### **1.1 Prévoir, c'est anticiper**

*« Il faut considérer l'avenir non plus comme une chose déjà décidée et qui petit à petit se découvrirait à nous, mais comme une chose à faire » Gaston BERGER*

Traditionnellement les modes de gestion utilisés par la Direction des Ressources Humaines de l'hôpital étaient essentiellement centrés sur la gestion administrative du personnel. Son développement n'a pas seulement été marqué par une professionnalisation, un élargissement des missions, une reconnaissance et un développement quantitatif des membres des services de gestion des ressources humaines. Surtout la fonction a changé assez fondamentalement de nature. Ainsi du traitement des dossiers administratifs, à l'élaboration des fiches de paie et au suivi des obligations réglementaires se sont ajoutées une gestion des recrutements, de la mobilité, de l'attractivité, de la fidélisation des personnels, de la formation et ceci à travers une connaissance plus fine des métiers et des compétences.

#### **a) Du contexte économique, industriel et commercial**

L'anticipation est et a toujours été une préoccupation de l'humanité, comme peuvent en témoigner les oracles, haruspices, pythies, sibylles et autres pratiques divinatoires ou astrologiques qui ont marqué de nombreuses civilisations ou période de l'histoire. Certes nous pouvons espérer que les méthodes ont évolué mais tenter de prévoir l'avenir continue d'occuper les esprits à travers le monde. Bien entendu l'activité économique et le monde du travail n'ont pas échappé à cette règle.

Ainsi en 1969, François CHEREL proposait d'organiser les services du personnel en deux pôles :

→ « Etudes prévisionnelles » pour analyser l'impact sur le personnel des mutations économiques et techniques

→ « Organisation » pour « débureaucratiser » la gestion du personnel.

Dans les années 70, l'émergence du phénomène de mondialisation ajouté au choc pétrolier renforce au sein des entreprises le sentiment d'incertitude.

Face à un environnement perpétuellement changeant, les entreprises doivent désormais adapter leurs facteurs de production et donc l'activité de leur personnel. C'est véritablement le début du passage de la culture de la certitude à la culture de l'incertitude.

La notion de compétence fait alors son apparition à travers la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Ainsi pour Xavier BABORE « *la GPEC n'est pas née au hasard au début des années 80. Les restructurations, les licenciements collectifs pour motifs économiques, les difficultés de recrutement, les mutations des technologies, des*

*marchés et des produits, l'exigence totale...ont conduit les entreprises à rechercher les moyens d'ajustement de leurs besoins et de leurs ressources humaines ».*<sup>2</sup>

En gestion, prévoir - littéralement « voir avant » - et anticiper « exécuter avant le temps déterminé » - sont des termes voisins qui renvoient à toutes les actions et décisions qui tentent de maîtriser les phénomènes à venir.

Nous pourrions même considérer qu'il ne saurait avoir de gestion sans cette dimension anticipatrice dans la mesure où gérer consiste précisément à se préparer pour l'avenir.

Ainsi dans le domaine de la gestion des ressources humaines, la préoccupation pour l'avenir concerne le fait de disposer au moment voulu de la main d'œuvre nécessaire tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Toutefois au-delà de cette vision capitaliste, il est nécessaire aussi de préciser que le travail est un « acte social total », pour reprendre l'expression de Georges FRIEDMANN dans le *Traité de sociologie du travail*, dans le sens où il inclut l'activité de production de biens ou de services et les conditions d'exercice individuelles et collectives de cette même activité, mais aussi les conditions d'accès au travail et les processus de stratification sociale induits par le travail. Il joue donc un rôle essentiel pour les individus que ce soit en termes d'utilité sociale, de lien, d'intégrateur au sein de la société. Ces deux approches tendent traditionnellement à s'opposer et peuvent expliquer en partie, subséquemment à l'histoire et au droit de la fonction publique, le retard dans la mise en place de la gestion prévisionnelle au sein de la Fonction publique.

## **b) A la sphère publique**

Transformer une bureaucratie traditionnelle en une organisation moderne et flexible, c'est indiscutablement dans ce contexte de « *modernisation du service public* » que Michel Rocard à travers la circulaire ministérielle du 23 février 1989 consacre la GPEC au sein de l'administration. L'ancien Premier Ministre déclarait « *il faut mettre en place dans toutes les administrations une gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des carrières* », elle constitue « *l'instrument privilégié d'une politique de valorisation des ressources humaines* » seule susceptible « *d'assurer la cohérence entre l'évolution des missions, des métiers et des qualifications, et des politiques de gestion du personnel* ». Cette circulaire

---

<sup>2</sup> BABORE X., « La gestion des ressources humaines ». Cahiers français, n°263, juillet-septembre 1993

servira de base aux textes suivants sur le sujet : la circulaire de 1995 relative à la campagne budgétaire de 1996, le texte de 1997 sur les contrats d'objectifs et de moyens sans oublier le protocole « Aubry » du 14 mars 2000 où une partie est consacrée à l'évolution des emplois et des métiers.

Il s'agit d'une « *formidable opportunité* » pour Michel SAPPIN, alors ministre de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, voyant en la GPEC une manière de répondre aux évolutions du service public<sup>3</sup>

Selon Marcel POCHARD, « *la fonction publique va devoir opérer une révolution copernicienne* »<sup>4</sup>. En effet placé dans une logique concurrentielle, l'administration va devoir faire face à un enjeu de performance passant inéluctablement par une meilleure gestion des ressources humaines. Seulement à ce titre elle pourra s'inscrire dans une « stratégie de renouvellement ».

Au regard de son organisation et de ses effectifs d'une part, de ses missions avec ses professions réglementées d'autre part avec peut être ce qui la caractérisait à l'époque et ce que certains appellent une « pointe de modernité », la fonction publique hospitalière va être la plus en retard en matière de gestion prévisionnel des emplois et des compétences

### **c) Et plus tardivement à l'hôpital**

Le point de départ de la GPEC à l'hôpital est probablement lié à la sollicitation du ministère de la santé au Centre d'Etudes et de Recherche sur les Qualifications (CEREQ) de dresser un état des lieux sur la situation des emplois des services administratifs, techniques et logistiques à l'hôpital (1986-1987). Ce rapport met en évidence les difficultés démographiques de manière générale qu'il s'agisse des effectifs ou encore de l'absence d'évaluation des compétences. La problématique étant posée pour les établissements de santé, en 1991 Madame Nicole RAOULT dans un ouvrage intitulé « *Gestion Prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier* » propose un éclairage et une méthodologie pour les établissements afin de s'engager dans cette démarche. Ce document de référence sera préfacé par Gérard VINCENT, directeur des hôpitaux, qui précisait : « *La gestion prévisionnelle des emplois est une préoccupation*

---

<sup>3</sup> SAPIN M., Préface du Guide Méthodologique « Gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences » Ministère de la Fonction Publique DGAFP, juin 2001

<sup>4</sup> POCHARD M., « Perspectives pour la fonction publique en France », Futuribles, n° 291 Novembre 2003

*nationale. Elle s'inscrit dans une initiative gouvernementale qui a permis des échanges fructueux avec la fonction publique d'Etat. Dans les établissements de santé, elle devient une nécessité impérieuse dans le cadre des projets d'établissements définis par la loi hospitalière ».*

Malgré la volonté du ministère de la santé d'engager les hôpitaux dans une démarche de gestion prévisionnelle, seuls quelques établissements dont le centre hospitalier de Sète et de Mulhouse - tous deux particulièrement confrontés à des difficultés de gestion de ressources humaines notamment dans le cadre du recrutement pour Mulhouse - se lanceront dans cette dynamique, parfois considéré comme une lourde « machine à décrire ».

En 1999, c'est sous un angle plus incitatif que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) édite son manuel d'accréditation des établissements de santé en intégrant plus amplement la gestion des ressources humaines et la gestion prévisionnelle au sein des critères d'appréciation de la qualité. Toutefois peu d'établissements franchissent le pas.

C'est un deuxième élan qui va être permis dans le début des années 2000 à travers la création d'un observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière en 2002 et la mise en place au sein de la DHOS d'un groupe de travail, comprenant des professionnels reconnus dans le champ de la GRH, accompagné par Monsieur Richard BARTHES, chargé de mission « Emploi - Formation ». Dès lors un travail de très grande ampleur va être mené avec une volonté forte d'élaborer « un outil d'aide pour le management et la fonction Ressources Humaines » associé à des formations à destination des cadres sur l'ensemble du territoire. C'est ainsi que *le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière* paraît en 2004 et constitue la base du référencement des métiers des établissements de santé et ceci encore pour quelques mois avant la sortie du référentiel version 2 prévue à l'automne 2008.

En effet une dynamique vient de nouveau de s'instaurer en partie grâce à la circulaire de la DHOS du 9 octobre 2007 relative au financement par le Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP). Cette dernière vise à renforcer la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé en prenant en compte l'ensemble des évolutions qui influent sur la GRH, qu'il s'agisse des réformes hospitalières



mais également des évolutions technologiques et environnementales. « *Les organisations doivent à la fois s'adapter aux besoins des usagers et aux demandes des personnels en proposant une professionnalisation des métiers à laquelle une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences peut répondre* ».

Cette circulaire pose les objectifs fixés pour la mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, les modalités d'accès et les critères d'éligibilité pour pouvoir bénéficier de crédits du ministère. Trois niveaux d'intervention graduels sont proposés aux hôpitaux :

→ Elaboration de la nomenclature des métiers de l'établissement

→ Intégration dans la pratique quotidienne de gestion, de la démarche « métiers/compétences » en matière de recrutement, de formation, d'évaluation, de mobilité et de parcours professionnels.

→ Mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences sur un secteur, une activité ou des métiers considérés comme critiques, ou tout simplement pour définir ses besoins en métiers, compétences et effectifs.

Nous y reviendrons dans la deuxième partie consacrée à la mise en place de la GPMC au sein du centre hospitalier intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil et c'est aussi dans ce contexte d'appel à projet de l'ARH que l'établissement inscrit son projet.

## **1.2 De la GPEC à la GPMC**

La mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences à l'hôpital amène d'emblée à s'interroger sur la proximité lexicale avec le terme gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, plus couramment usité.

Entre les modèles théoriques et les définitions de la GPEC, il faut se demander vers quelle logique va-t-on avec la mise en place d'une GPMC à l'hôpital ? En effet, selon Françoise Kerlan, la GPEC est un vaste sujet regroupant un ensemble de gestions prévisionnelles :

→ une gestion prévisionnelle des effectifs qui s'intéresse aux aspects collectifs et quantitatifs de l'évolution d'une population de salariés (démographie, âges ...),

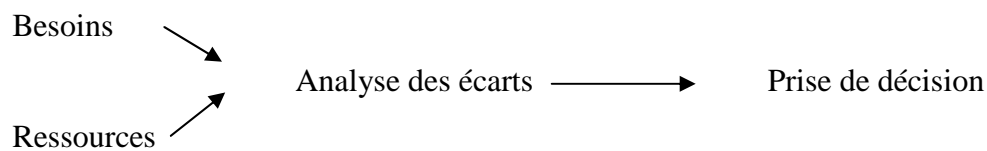
→ une gestion prévisionnelle des compétences qui concerne l'évolution et le développement des capacités individuelles et l'on rejoint l'aspect qualitatif,

→ une gestion prévisionnelle des emplois qui identifie l'évolution ou les changements dans les contenus et la structure des métiers, des qualifications et des emplois,

→ une gestion prévisionnelle des carrières qui cible l'identification du parcours de l'individu au sein de l'entreprise.

#### a) Vers quel modèle de GRH tendons-nous ?

Il n'existe pas, comme le dit Dimitri Weiss de terminologie admise pas tous et consacrée par l'usage en matière de démarches prévisionnelles dans l'entreprise. L'expression « gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPRH) » désigne l'ensemble des démarches visant à décrire les divers avènements possibles d'une entreprise en matière de gestion des ressources humaines. La GPRH\* évoque à la fois une notion anticipatrice, pouvant porter sur les effectifs, les emplois et les compétences, mais pouvant aussi être considérée comme un ensemble de méthodes délimité ou de pratiques hétérogènes <sup>5</sup>. La GPRH est en quelque sorte l'introduction de la notion de temps dans la gestion des entreprises par l'analyse de décisions appropriées et le pilotage de la performance RH <sup>6</sup>. Il s'agit de mieux cerner le futur qui pèse sur les décisions stratégiques actuelles et donc de mieux anticiper et prévenir les difficultés.

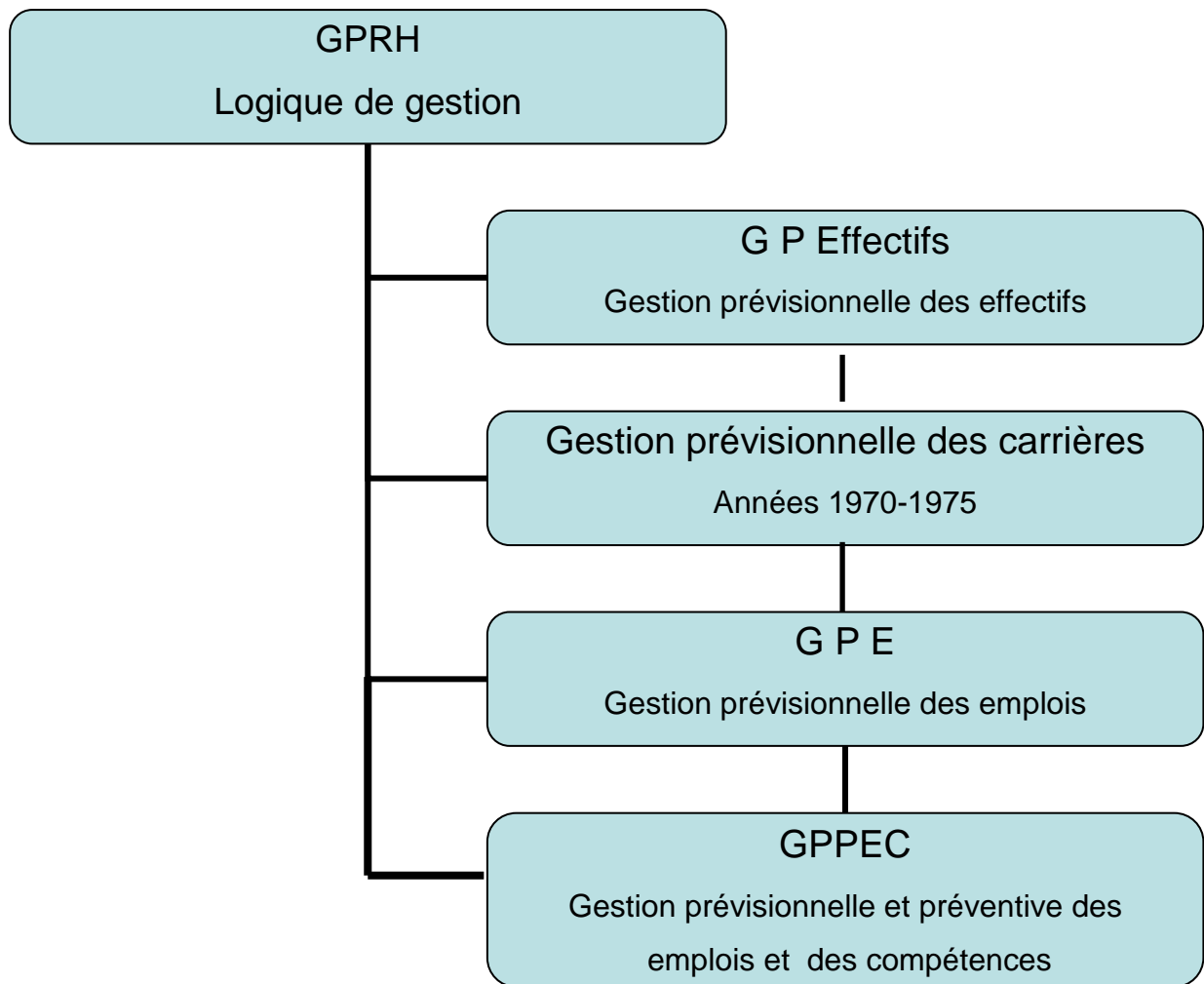


La GPRH a entraîné des logiques liées aux événements socio-économiques avec comme fil conducteur la gestion prévisionnelle en général comme le montre le schéma suivant :

---

<sup>5</sup> WEISS D. (2005), *Ressources Humaines*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions d'Organisation, 492-493

<sup>6</sup> GILBERT P. (2006), *La gestion prévisionnelle des ressources humaines*, Paris, La découverte,



Dans le tableau ci-dessous, nous reprendrons dans le détail ces différents modèles théoriques <sup>7</sup> de la gestion prévisionnelle des ressources humaines.

<b>Période</b>	<b>Terminologie</b>	<b>Modèles théoriques</b>	<b>Caractéristiques</b>
1960	Gestion Prévisionnelle des Effectifs	Ere rationaliste et modèles de gestion prévisionnelle des effectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Période quantitativiste ;</li> <li>- Des tentatives d'intégration d'éléments qualitatifs ;</li> <li>- Deux modèles : la simulation (évolutions démographiques, structure des emplois, estimation d'écart entre besoins et effectifs) et l'optimisation (taux de promotion interne des cadres, taux de recrutement annuel de jeunes cadres)</li> </ul>

<sup>7</sup> GILBERT P, op.cit 31 à 61 et WEISS D., op.cit 493-498

			diplômés) ; - Etude de l'évaluation des besoins à court, moyen et long termes, et projection des départs à la retraite.
1970-1975	Gestion Prévisionnelle des Carrières (GPC)	Influence de l'Ecole des Relations Humaines	- Pour la gestion des cadres ; - Les attentes se situent au-delà d'un simple emploi et portent sur un véritable déroulement de carrière ; - Un contrat moral entre le cadre qui reste fidèle à son entreprise, lui donne sa confiance, en défend les intérêts, et l'entreprise qui promet sécurité, promotion et progression de carrière à ses collaborateurs.
1980	G P Emploi	Ere de l'entreprise citoyenne	- Conjoncture économique difficile suite aux deux chocs pétroliers ; - Aggravation du chômage et déficits de main-d'œuvre dans certains secteurs ; - Recherche de nouvelles approches de l'emploi (obliger les entreprises à anticiper les événements économiques).
1990	GPPEC	Ere de l'entreprise flexible avec la gestion prévisionnelle des compétences	- Approche qualitative et individuelle avec la compétence ; - Apparition de la notion d'« emploi-type » ; - Gestion anticipée des compétences (amélioration de l'employabilité du salarié).

Depuis 2000	Gestion prospective des âges <sup>8</sup>	L'âge est vu comme une variable qui s'impose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vieillissement de la population active et baisse de la natalité ;</li> <li>- Départs à la retraite de moins en moins compensés par des jeunes ;</li> <li>- Etudes de l'évolution des métiers et des pertes de compétences ;</li> <li>- Initiatives des entreprises pour mettre en place une gestion des âges : accompagnement des salariés en dernière partie de carrière vers des fonctions plus transversales (tutorat, formation, conseil), cohabitation jeunes-anciens, capitalisation et valorisation des compétences, aménagement des postes et du temps de travail.</li> </ul>
-------------	---	--	--

### **b) Pourquoi préférer le terme de GPMC pour la Fonction Publique ?**

Il est surprenant au départ d'entendre parler de GPMC alors que le terme de GPEC est le plus courant.

L'intégration et la prépondérance de la démarche métier au sein de la fonction publique se fait dans un premier temps au sein de la fonction publique d'Etat (FPE), dans les années 2000, afin de rendre les emplois de l'administration plus lisibles. Cette lisibilité est nécessaire pour :

→ Assurer une meilleure transparence à l'égard des citoyens sur « ce que font les agents de l'Etat »

→ Mieux valoriser le travail effectué.

→ Rendre les besoins en compétences de l'Etat plus lisibles par le marché du travail

→ Favoriser une gestion dynamique des ressources humaines

Si la clé de voûte de la démarche métier réside dans l'élaboration d'un référentiel métier, c'est paradoxalement en dernier, autrement dit un an après celui de la FPH et deux ans de

la FPT que va être mis en place le répertoire interministériel des métiers de l'Etat (RIME) et ce probablement au regard de la forte diversité des métiers et des effectifs de la FPE.

Ensuite c'est la fonction publique territoriale qui met en avant cette dimension métier dans le cadre d'études liées à la décentralisation et à l'émergence de nouvelles politiques publiques.

Dans la fonction publique hospitalière, le terme GMPC supplante celui de GPEC au moment de la conception du *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* édité en 2004.

L'autre raison qui explique cette préférence au mot « métier » est d'origine sémantique et la confusion possible avec le « tableau des emplois » dans les établissements de santé qui correspond au recensement des corps et grades. Par ailleurs, il est plus facile pour les professionnels, dans le cadre des processus de gestion RH, de raisonner en termes de métier que d'emploi ou d'emploi-type surtout en cherchant les rapprochements avec les grades qui sont à la base des descriptions générales d'activités.

## **2. LA DEFINITION ET LES CONCEPTS ASSOCIES**

### **2.1 La GPEC**

Une première définition nous dit que la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences est une démarche d'ingénierie des ressources humaines qui consiste à concevoir, à mettre en œuvre et à contrôler des politiques et des pratiques visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources de l'entreprise tant sur le plan quantitatif (effectifs) que qualitatif (compétences) <sup>8</sup>.

Une autre définition, très similaire, issue du *Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* du Ministère de la Santé (1997) nous dit que 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

---

<sup>8</sup> GILBERT P., op.cit. 50-54

<sup>9</sup> WEISS D., op.cit. 498

bien identifiés, et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle <sup>10</sup>. Ces deux définitions s'accordent sur trois points :

- réduire les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'entreprise ou l'établissement ;
- agir avec anticipation ;
- tenir compte de l'aspect quantitatif (les effectifs) et de l'aspect qualitatif (les compétences).

La question est de combiner à travers le terme « GPEC », la gestion prévisionnelle des emplois et la gestion prévisionnelle des compétences. Nous avons vu que les années 80 avaient consacré la GPE\* en réponse à un contexte économique particulièrement difficile. C'est au début des années 90 que la lettre « C » de GPEC a pris de l'importance avec une série d'accords dans les entreprises sur la gestion des compétences <sup>11</sup>. Le terme GPE s'est montré assez vite réducteur car le mot « emploi » évoque plus souvent un nombre (des emplois) qu'une qualification (la qualité). Ainsi, en 1985 on a introduit chez EDF-GDF une orientation qualitative à la gestion prévisionnelle des effectifs entamée dix ans auparavant. L'ANPE va suivre le mouvement en 1993 en adaptant son *Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME)\** à la notion de compétence pour affecter les demandeurs d'emploi aux différents emplois. Ainsi, la gestion des compétences est née de l'adaptation nécessaire pour les entreprises aux évolutions économiques et a pris la relève de la gestion prévisionnelle des emplois <sup>12</sup>.

Les concepteurs de la GPEC ont en fait été plus soucieux de théoriser l'emploi que la compétence, ce qui a amené en 1990 une définition de Dominique Thierry qui est souvent reprise : « *un ensemble des savoirs, savoir-faire, savoir-être caractérisant un salarié ou un groupe de salariés.* »

Quoi qu'il en soit, le contexte économique encore plus sombre de la dernière décennie du XXème siècle a fait ressortir à nouveau la notion d'« emploi » en associant « GPEC » à « plan social » ou comment faire de la gestion prévisionnelle des sureffectifs et des

---

<sup>10</sup> DERENNE O. LUCAS A. et alii « Le développement des ressources humaines » Rennes éditions ENSP, 2002. 294p Collection Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, tome 2.

<sup>11</sup> AUBRET J, GILBERT P. et PIGEYRE Frédérique (2005), *Management des compétences*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod, 14

<sup>12</sup> *Ibid* 15-16

suppressions de postes. C'est pourquoi, on parle de GPEC de deuxième génération depuis la loi Borloo de cohésion sociale du 18 janvier 2005. Cette loi oblige les entreprises de plus de trois cents salariés à négocier un dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en amont d'un plan de sauvegarde de l'emploi (PSE)\*<sup>13</sup>.

## 2.2 Les concepts associés

Un point capital de la démarche GPMC, à l'instar de tous projets, est de s'accorder sur la définition des notions et termes associés utilisés. Reposant sur l'étude d'autres répertoires des métiers, sur les documents d'organismes comme l'ANPE, l'AFPA\*, le CEREQ ou encore sur les travaux d'experts, le répertoire des métiers de la FPH de 2004 tente de définir un certain nombre de concepts :

### a) La compétence

Tout comme le métier, la compétence est au cœur de la GPMC, ne serait ce que du fait qu'elle en constitue l'acronyme, et va bien au-delà de la définition du dictionnaire Le Robert qui la décrit comme « *une connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières* ».

Etymologiquement la compétence vient du latin *competens*, *competere*, et de l'indo-européen *pete*, *pot* (pouvoir) ce qui lui donne deux acceptions :

- convenir : réunir à, être en état de, convenable pour
- rivaliser, compétition (notion de pouvoir)

Ainsi en fonction de la discipline que ce soit la sociologie, les sciences de l'Education ou encore la linguistique, il peut être mis en évidence plusieurs facettes de ce concept.

Toutefois notre thématique nous amène à nous rapprocher de la définition de Guy le Boterf.

Selon lui, la compétence est un « *savoir agir reconnu* » dans le sens où on reconnaîtra qu'une personne sait agir avec compétence si elle :

- combine et mobilise un ensemble de ressources pertinentes
- réalise, dans un contexte particulier, des activités professionnelles selon certaines modalités d'exercice

---

<sup>13</sup> La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 consacre cette appellation en lieu et place du terme « plan social »



→ produit des résultats, satisfaisant à certains critères de performance

Ainsi pour le répertoire des métiers il a été retenu la définition suivante :

C'est un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels structuré, mobilisé et utilisable en fonction des activités à réaliser dans des situations de travail actuelles et futures. C'est aussi la maîtrise d'un savoir faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances associées à ces savoir faire et des savoir être.

La compétence est inséparable de l'action et elle ne peut être véritablement appréhendée qu'au travers de l'activité par laquelle elle s'exprime et dont elle permet la réalisation. Une compétence peut être spécifique d'un métier ou commune à plusieurs métiers.

La compétence est toujours sujette à apprentissage. Elle est évaluable, progressive à travers des degrés de maîtrise et reconnue à travers soit un diplôme ou un parcours de formation qualifiante, soit la validation des acquis de l'expérience.

Dans son rapport en 2003 sur les modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, le Professeur MATILLON précise 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* »<sup>14</sup>.

Ce point n'est pas sans soulever la difficulté d'évaluer réellement les compétences des agents et la volonté d'évoluer dans la fonction publique d'une exigence réglementaire de la notation à une culture de l'évaluation.

## **b) Le métier**

Le métier s'exerce sur un ensemble de postes ou de situations de travail pour lesquels il existe une proximité forte d'activités et de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. Nous parlons notamment souvent de familles de métiers. Elle rassemble 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.

---

<sup>14</sup> MATILLON M. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Rapport de mission d'août 2003

Dans la nomenclature des emplois types de 1990, les métiers hospitaliers étaient décrits sur la base des activités relevant de quatre axes (technicité, information, communication et contribution économique).

**Toutefois l'intérêt d'identifier les métiers réside dans la possibilité de mettre en évidence les métiers dits « sensibles ».**

Il s'agit de certains 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 ou encore en termes de compétences ou de qualification.

Cinq critères peuvent être mis en évidence en vue de qualifier un métier dit « 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 à la 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 : il 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

### **c) Les autres notions**

#### **- L'emploi**

Bien qu'il ne soit pas défini au sein du répertoire DHOS des métiers - ce dernier souhaitant en effet s'arrêter au niveau du métier afin de laisser une souplesse aux établissements dans leur appropriation et appellations des termes - l'emploi est un « ensemble homogène de postes de travail » ou encore « un regroupement de plusieurs activités ».

Au sens du droit de la fonction publique, l'emploi est dissocié du grade dans le sens où le fonctionnaire peut prétendre à la garantie de son grade mais non de son emploi. En outre un même grade peut permettre d'accéder à différents emplois.

### **- Le corps et le grade**

Bien que faisant l'objet de débats fournis notamment à la suite de la remise du livre Blanc sur la Fonction publique de Monsieur Jean Ludovic SILICANI, le corps et le grade demeure encore aujourd'hui les unités d'œuvre d'une typologie spécifique de la fonction publique. Ainsi selon l'article 29 du statut des fonctionnaires, *« les fonctionnaires appartiennent à des corps qui comprennent un ou plusieurs grades et sont classées, selon leur niveau de recrutements, en catégories. Ces corps regroupent les fonctionnaires soumis au même statut particulier et ayant vocation aux mêmes grades »*<sup>15</sup>.

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 »*.

### **- Le poste de travail**

Constituant l'unité de base de l'organisation du travail dans le cadre d'une structure donnée, le poste de travail décrit l'ensemble des tâches concrètes définies dans cette structure à un moment donné.

### **- L'activité**

L'activité peut être définie comme un ensemble de tâches, c'est-à-dire d'actions et d'opérations observables et présentées de façon synthétique, exécutées dans le cadre d'une situation de travail et qui peuvent être identifiées par des verbes d'action.

---

<sup>15</sup> Article 29 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat

### **- La « spécificité métier »**

Il s'agit du domaine d'activité et de compétence spécifique qui ne change pas l'appartenance au métier mais qui nécessite un apprentissage terrain et des formations professionnelles courtes d'adaptation.

### **- La « spécificité agent »**

Il s'agit ici de compétences détenues par un agent n'ayant pas de lien direct avec celles requises dans son métier. Elles constituent pour autant de ressources pour l'agent et pour l'institution.

## **3/ LES ENJEUX DE LA GPMC**

Traiter des enjeux de la GPMC revient, bien avant d'identifier les facteurs d'évolution, à replacer la stratégie d'une politique de gestion des ressources humaines avec une préoccupation particulière, celle de dépasser le cadre temporel annuel c'est-à-dire de la nécessaire mise en perspective de l'action humaine dans la durée. Pour ce faire il faut pouvoir compter sur :

### **3.1 des enjeux au cœur de la GRH...**

#### **a) Des ressources humaines disponibles**

Alors que depuis plusieurs décennies l'intérêt de notre société pour les questions de santé ne cesse d'augmenter, dans le même temps il y a eu et il demeure de véritables difficultés de recrutement dans le secteur hospitalier en particulier dans le domaine du soin. En effet bien que constituant dans la représentation, de chacun de nous, des métiers à forte vocation, particulièrement reconnus, les métiers dits « soignants » sont aujourd'hui fortement délaissés et ceci, selon l'étude Presst-Next de 2007, en raison de salaires peu élevés et des conditions de travail difficiles.

Ce constat est à l'origine d'une campagne d'information sans précédent de la part du ministère de la santé sur la connaissance des métiers de l'hôpital où il est mis en évidence que « Les jeunes ignorent souvent la richesse et la diversité des métiers ainsi proposés dans le champ hospitalier ».

Au-delà de la communication grand public, un certain nombre de dispositifs d'accompagnement et d'aides (allocations d'études, bourse...) viennent soutenir depuis une dizaine d'années cette démarche d'attractivité.

### **Anticiper, recruter et fidéliser,**

#### **b) Des ressources humaines mobilisées**

Disposer de compétences sur le terrain est une nécessité. Encore convient-il que ces compétences soient effectivement mobilisées. Pour cela il est nécessaire que chaque agent puisse être en mesure d'inscrire sa propre action dans l'action collective, de donner un sens au travail accompli et de s'inscrire dans une démarche de projet.

### **Donner du sens, informer, animer, motiver**

#### **c) Des ressources humaines efficaces**

Au-delà de la motivation et de la disponibilité, l'organisation de ces ressources vers une plus grande efficacité est une exigence de l'organisation.

### **Organiser, optimiser, évaluer**

#### **d) Des ressources humaines adaptables**

L'émergence de nouvelles attentes des usagers d'une part, l'évolution des besoins individuels et collectifs d'autre part ont pour conséquence de modifier les missions, les activités et les organisations des établissements de santé. Il convient alors de disposer de ressources en mesure de s'adapter à ces évolutions et d'accompagner ces adaptations.

### **Former, participer, autonomiser**

Ainsi décliné en matière de GPMC, les enjeux sont donc d'anticiper et d'accompagner les évolutions pour faire face aux demandes et aux besoins en prenant en compte les aptitudes et les aspirations individuelles.

En effet la fonction publique hospitalière est confrontée à une évolution globale et complexe qui peut être décomposée en facteurs de nature différente qui interagissent entre

eux : démographiques, médico-économiques, socioculturels, technologiques, réglementaires et organisationnels. Il nous importe ici de mettre en évidence cinq grands domaines qui vont impacter les ressources humaines, l'organisation du travail, et plus particulièrement les emplois et les compétences.

### **3.2 ... en vue de s'adapter aux évolutions des métiers de l'hôpital**

#### **a) L'évolution qualitative et quantitative de la demande et des besoins de soins : Le choc démographique**

Quelque soient les pyramides des âges de la FPH qu'on observe, par profession, par corps parfois par métier, le constat est toujours le même, il faut désormais, selon les représentations graphiques utilisés par les démographes, « *s'habituer au champignon (population vieillissante) plutôt qu'à la poire écrasée (population jeune)* ».

Les données disponibles sur les tendances démographiques des dix prochaines années se recourent. En effet, selon une étude menée par la DHOS<sup>16</sup>, les départs à la retraite dans la FPH représentent sur la période 2003-2015, 41% des effectifs de 2002, le pic devant se situer en 2012 avec près de 30 000 départs. Ainsi en 13 années, les départs annuels en retraite auront progressé de 230%.

Il convient toutefois d'être vigilant sur cette projection dans le sens où elle ne prend pas précisément en compte la réforme du système de retraite en 2003 qui va accroître la période des départs en retraite en raison de l'allongement progressive de la durée de cotisation.

Aussi même si les tendances par filières restent identiques, nous observons quelques disparités à savoir le taux de départs projetés à 2015 est de 58% pour la filière technique et ouvrière, de 56% pour la filière de soins, de 50% pour la filière médico-technique et de 47% pour la filière administrative. Si nous regardons de plus près au sein de ces mêmes filières on remarque certaines dispersions en fonction des métiers. Ainsi les métiers d'encadrement de soins révèlent les proportions de départs les plus massives, 85% pour les cadres de santé, 92% pour les directeurs de soins et 95% pour les cadres supérieurs.

---

<sup>16</sup> Ministère de santé, de la famille et des personnes handicapées, DHOS, « Fonction Publique Hospitalières, Données démographiques horizon 2015 », mai 2003

Si d'emblée on prend acte de cette problématique caractérisant le vieillissement des agents hospitaliers, il faut aussi l'inscrire plus largement dans un contexte national, voire européen, du vieillissement de la population. A ce titre l'hôpital doit donc faire face à une problématique à deux visages dans le sens où elle est certes affectée par le vieillissement de son personnel mais également par une autre évolution, tout autant importante, du moins dans ses effets sur la gestion des compétences, c'est la démographie des usagers.

Elle suit voire anticipe tout naturellement celle des salariés et détermine progressivement des besoins (en terme d'organisation de la prise en charge, de types de soins à pratiquer, de compétences à détenir, de profils de postes à rechercher, de métiers à développer...)

Par ailleurs au-delà de l'évolution quantitative et qualitative des besoins, il y a également une transformation de la demande. En effet les seniors ont une exigence plus grande que leurs aînés. Ils sont à cet égard en phase avec l'évolution socioculturelle qui modifie radicalement le rapport à la maladie et aux médecins/soignants.

Cette inéluctable évolution de l'espérance de vie, et nous ne pouvons que nous en réjouir, va probablement être au cœur du positionnement stratégique des établissements au sein de leur territoire en fonction de leurs ressources à savoir leurs besoins en volume d'effectifs par métier mais également sur le plan qualitatif, leurs besoins en métier et en compétences. S'il s'agit d'un enjeu collectif pour l'hôpital, il faut aussi souligner que ce nouveau et durable contexte démographique crée dans le même temps une situation porteuse d'enjeux pour les individus.

En effet si l'on peut craindre des risques de déqualification voire d'obsolescence professionnelle des individus, elle recèle potentiellement de formidables opportunités d'évolution grâce au repositionnement de métiers hospitaliers sur des contenus plus « chargés en compétences » et donc avec des promotions sans équivalent.

#### Impacts sur la gestion des ressources humaines

→ Une organisation nouvelle de la prise en charge autour de l'accueil, du suivi du patient et une maîtrise de l'information patient

→ Des compétences à développer notamment autour de la prise en charge de la personne âgée

→ Des besoins nouveaux en soignants (coordination, prévention, éducation...) mais aussi dans le domaine de la médiation et de la conciliation

## **b) L'évolution du contexte de l'offre de soins**

Bien que l'organisation des soins s'est inscrit, depuis la loi hospitalière de 1991 et des ordonnances Juppé de 1996, dans un dispositif territorialisé il est toutefois nécessaire dans un souci d'efficience globale, et cela constitue le sens des différents rapports RITTER et BUR et du projet de loi « patient, santé, territoire », de renforcer l'articulation entre les différents acteurs hospitaliers, la coordination entre les différents établissements publics comme privés et la collaboration avec les médecins et paramédicaux exerçant en libéral.

Cette reconfiguration au niveau des territoires du paysage hospitalier va imposer aux établissements de santé de redéfinir une stratégie de positionnement. L'attractivité des patients et du personnel concourant fortement à définir les missions et les activités.

Une autre composante fondamentale de cette réorganisation territoriale est le développement d'un travail en coordination avec les secteurs sanitaires, social et médico-social dans un objectif de recherche de moyens certes mais également afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.

Enfin l'évolution technologique en particulier celles de l'information et de la communication induisent des changements dans les pratiques professionnelles dans la mesure où il est désormais possible pour certaines activités de s'affranchir des distances. Le développement de l' « e-santé » ou encore de la télé-médecine en sont des exemples.

### Impacts sur la gestion des ressources humaines

→ Evolution des modes et des lieux d'exercice des professionnels (coopération, mutualisation, coordination)

→ Adaptation de ces compétences soignantes, médico-techniques, informatiques et biomédicales à ces évolutions

→ Besoins en compétence de management pour accompagner l'évolution des établissements, tant sur leur positionnement, leur organisation que leur évolution technologique : management du changement, pilotage de projet

→ Développement d'une culture médico-économique partagée, rapprochement entre contrôle de gestion et traitement de l'information médicale au niveau central et au sein des pôles



### **c) L'évolution de la prise en charge du patient et des pratiques de soins**

Les grandes lignes de l'évolution des pathologies prises en charge peuvent être esquissées : plus de pathologies liées au vieillissement, une augmentation des poly pathologies et des pathologies chroniques, des cancers, des maladies cardio vasculaires, des maladies mentales et comportementales, des maladies infectieuses et parasitaires.

La prise en charge par les soignants de ces patients soulève un paradoxe celui d'une hyper technicisation et d'un besoin de polyvalence dans un contexte de certification, de protocolisation et d'évaluation des pratiques professionnelles.

#### Impacts sur la gestion des ressources humaines

- Développement du travail en équipe et de la coopération entre les acteurs
- Emergence de soignants spécialisés en prévention et éducation et de soignants référents et coordinateurs
- Formation des utilisateurs aux technologies de l'information et de télécommunication ainsi que des équipements biomédicaux
- Diffusion de l'information en matière de sécurité et de gestion des risques
- Mise en œuvre de parcours professionnels facilitant la mobilité
- Adaptation de la formation initiale et continue

### **d) L'évolution de l'organisation des établissements publics de santé et des moyens mis en œuvre**

La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé traduite à travers l'ordonnance du 2 mai 2005 conduit les hôpitaux publics à mettre en place une nouvelle organisation interne : nouvelle organisation des instances, mise en place de pôles d'activité et contractualisation interne

Le projet de loi, qui est attendu à l'automne, devrait reprendre certaines propositions des rapports VALLANCIEN et LARCHER renforçant notamment le rôle du conseil exécutif qui pourrait devenir le directoire, la place du directeur et l'importance de la délégation de gestion au niveau des pôles d'activité

Cette évolution vers plus de management devient un élément clé. Toutefois pour éclairer les décideurs, de nouveaux outils et systèmes d'information seront nécessaires.

C'est pourquoi les services techniques et plus particulièrement informatiques vont également subir de grandes évolutions notamment dans le cadre de compétences nouvelles et hautement techniques.

Enfin le développement d'une fonction logistique transversale comme outil de l'optimisation de la gestion de l'activité de soins devra se mettre en place.

#### Impacts sur la gestion des ressources humaines

→ Développement de la compétence en management : management du changement, politiques et stratégies d'encadrement, coopération, coordination, politique de ressources humaines (fidélisation, mobilité, parcours professionnels)

→ Adaptation des dispositifs de gestion de ressources humaines et de formation pour résoudre les difficultés de recrutement et /ou de renouvellement de personnel

→ Renforcement des compétences en informatique et logistique, management de l'information (production, stockage, échanges, traçabilité) et formation des utilisateurs

#### **e) L'évolution du système de formation professionnelle initiale et continue**

Qu'elles soient médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques, la formation initiale est en forte mutation.

Evoluant vers une meilleure professionnalisation tout en permettant aux individus de s'inscrire dans un processus de formation complémentaire, universitaire ou non, la formation se restructure notamment autour du dispositif européen Licence, Master, Doctorat.

La formation continue connaît également une évolution en partie à travers la loi de 2007 relative à la formation tout au long de la vie, qui doit faciliter l'adaptation des compétences et favoriser la mobilité et les parcours professionnels.

#### Impacts sur la gestion des ressources humaines

→ Mise en avant de la relation établissement - écoles, hôpital – université

→ Besoin de compétences en management pour l'ensemble de l'encadrement

→ Développement de parcours professionnels pour faciliter la mobilité

→ Besoin de compétences en ingénierie de formation au sein des organismes de formation mais également auprès des établissements.

Ainsi, pour conclure cette sous partie, nous pouvons dire à travers les enjeux au cœur de la GRH et des facteurs d'évolution impactant les ressources humaines combien la gestion des compétences devient un enjeu tant collectif qu'individuel. « *Ce n'est pas tant la nature et l'ampleur des changements que la vitesse avec laquelle ils s'opèrent* » qui impose aux

équipes de direction et aux cadres de « panser et de repenser » leur organisation, leur organigramme et de se former à la démarche métiers/compétences.

Nous avons pu voir dans quelles mesures il est impossible de s'affranchir du corpus de définitions, de concepts autour de la GPEC, GPMC dans le cadre de la fonction publique et donc de l'hôpital public. La mobilisation de ces éléments théoriques à travers des ouvrages, des revues spécialisées mais aussi par le biais de cours, de conférences est une condition sine qua non pour se lancer dans une démarche de GPMC dans son établissement. Toutefois est elle suffisante ? Probablement pas. Il semble autant précieux et si ce n'est plus de pouvoir échanger, à partir de réseaux de professionnels aguerris ou non, autour des expériences qui ont pu être ou qui sont menées dans d'autres structures si possible comparables. C'est une démarche indispensable pour éviter les écueils et identifier, comprendre les conditions de réussite d'autre part. C'est pourquoi j'ai choisi dans le cadre de ce travail de faire constamment appel à l'expérience, au vécu mais également aux représentations, aux inquiétudes de professionnels qui ont pu notamment s'exprimer dans le cadre d'entretiens.

L'objet de cette sous partie est donc d'exposer la méthodologie d'investigation que j'ai pu mener sur la problématique de la GPMC à l'hôpital et de présenter dans un second temps la synthèse de l'analyse des entretiens ainsi réalisés.

## **4/ LE TRAVAIL D'INVESTIGATION**

### **4.1 Méthodologie de l'enquête**

#### **a) Le choix de l'entretien**

Tout d'abord il convient de préciser que j'ai choisi la méthode par entretiens dans la mesure où il s'agit d'une technique d'enquête qui permet le recueil d'informations particulièrement adaptées pour explorer un sujet que l'on connaît peu mais également de recueillir le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, leur système de valeurs, leurs repères normatifs ou encore la lecture qu'ils ont de leur propres expériences.

Ensuite, il m'est apparu rapidement nécessaire de procéder à deux types d'entretiens et ceci en vue de répondre à deux difficultés.

En effet dans le cadre de ce travail d'analyse et de recherche il m'intéresse de savoir « en quoi la GPMC s'impose t elle aujourd'hui à l'hôpital public ? ».

→ La GPEC ou GPMC est une démarche relativement peu connue des professionnels, y compris des cadres de la fonction publique hospitalière ce qui sera notamment confirmé à travers les entretiens. Ces personnes n'ont pas de retour d'expériences et n'ont pas toujours l'objectivité ou le recul suffisant.

→ Les professionnels pouvant être en mesure d'évoquer leurs expériences autour de la GPMC sont de l'ordre d'une trentaine de personnes en France autrement à la fois peu de personnes et à la fois fortement convaincus de la nécessité puisque c'est souvent eux même qui sont à l'origine du groupe de travail de la DHOS donc pas véritablement objectifs

Ainsi j'ai fait le choix d'élaborer deux types de guides d'entretien (entretiens A et entretiens B) :

→ L'un (entretiens A) destiné aux professionnels et plus particulièrement aux Directeurs des Ressources Humaines qui ont eu à accompagner la mise en place d'une GPMC au sein d'un hôpital ou tout au moins qui ont été amenés à se poser un certain nombre de questions autour de l'intérêt de se lancer dans ce type de projet.

→ L'autre (entretiens B) destiné à l'encadrement du CHIELVR, qui a pu être sensibilisé à la démarche métiers/compétences et qui légitimement se pose un certain nombre de questions tant sur l'intérêt que sur la mise en œuvre de ce dispositif.

Cette méthodologie me permet de disposer à travers les deux types d'entretiens d'échanges riches avec des positionnements, des connaissances et des représentations différentes. L'ensemble des personnes sollicitées sont des acteurs plus ou moins engagés dans cette démarche ce qui permet, malgré une orientation de la population choisie pour les entretiens, de disposer d'un échantillon hétérogène.

Enfin le type d'entretien retenu a été celui de l'entretien semi directif permettant « de favoriser la production sur un thème donné au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention ». Ce type d'entretien semble également avoir été très apprécié des personnes interviewés qui se sont vues accorder un espace d'échange tout en étant guidé à travers des thèmes, ce qui permet une plus grande spontanéité et une liberté d'expression.

## **b) Les personnes sollicitées**

Dans le cadre des entretiens A, j'ai sollicité 11 personnes, qui excepté une, ont toutes été DRH et occupe encore pour la grande majorité (9 sur 10) cette fonction.

Sur cet échantillon ciblé, 6 personnes ont pu me proposer un entretien, une personne m'a renvoyé vers une autre « plus compétente ».

Ces entretiens se sont fait principalement par téléphone et ceci à leur demande sur une durée oscillant entre 40 minutes et 1H30. La moyenne se situant à une heure.

Dans le cadre des entretiens B, j'ai procédé à un entretien de groupe (proche de la technique du focus groupe)

En effet ayant constitué un groupe de travail au CHIELVR, dans le cadre de la mise en place de la démarche métier/compétences, travaillant sur les fiches métiers (nous en reparlerons dans la partie sur la mise en œuvre de la GPMC), j'ai profité de l'existence de ce groupe pour réaliser un entretien de groupe sur un temps défini sur la problématique de la GPMC et plus particulièrement au sein de l'établissement. Composé de huit professionnels d'encadrement, ce groupe de cadres et de cadres supérieurs est issu autant de la filière soignante, administrative et médico technique.

## **c) Le déroulement des entretiens**

Pour l'ensemble des entretiens, la procédure a été celle de la recherche en sciences humaines à savoir de :

- Se présenter
- Replacer en introduction le contexte et l'objectif de ma demande
- Préciser les modalités d'exploitation des éléments dont je dispose.
- Informer les personnes qu'il sera procédé à la prise de note par un secrétaire de séance.
- De rappeler que leurs expériences et leur propos sont particulièrement riches pour cette étude et que les conclusions leurs seront exposées.

### **Entretiens A :**

Bien que la relation de face à face n'ait pu être permise notamment en regard des distances géographiques, tous les entretiens téléphoniques se sont déroulés en fin de journée afin que les personnes interviewées ne soient pas dérangées par d'autres activités.

J'ai proposé systématiquement de reporter l'entretien si cela était nécessaire. C'est donc dans un climat serein que l'entretien semi directif à pu se réaliser.

### **Entretiens B**

Les personnes ont pu échanger librement et « rebondir » aux interventions notamment de chacune d'entre elles. J'ai pu conduire cet entretien sur une durée de deux heures à partir du guide d'entretien<sup>17</sup>.

#### **d) Les thèmes des entretiens**

Les thèmes retenus à l'élaboration du guide étaient les suivants :

#### **Pour les entretiens A :**

- L'expérience, la participation et le rôle tenu dans une démarche de GPMC
- GPEC vs GPMC : est ce finalement la même chose ?
- Les enjeux, les étapes indispensables et les conditions de réussite
- Les obstacles et limites à la mise en place de la GPMC
- La place de la formation dans la GPMC
- Le Système d'Information des Ressources Humaines et la GPMC
- « Gestion de compétences » ou « Gestion par les compétences »
- En quoi la GPMC fait elle évoluer la fonction de DRH ?

#### **Pour les entretiens B :**

- Les enjeux de la GPMC et tout particulièrement pour le CHIELVR
- Les interrogations et les craintes de la mise en place d'une démarche métiers/compétences
  - La méthodologie de mise en œuvre de la GPMC, la formation et le rôle des cadres
  - Les impacts organisationnels au niveau de la DRH mais également au niveau des pôles d'activité
- L'attractivité, la valorisation et la reconnaissance des professionnels

## e) Les avantages et les limites

### **Pour les entretiens A :**

Il est important de préciser que préalablement aux entretiens, j'ai adressé un ensemble de questions ouvertes aux personnes qui ont été par la suite interviewées. En effet il s'agit de plusieurs demandes qui m'ont été formulées « afin de préparer l'entretien ». De ce fait j'ai pris la décision de transmettre à l'ensemble des personnes ce « questionnaire » en prenant soin de préciser que l'intérêt de l'entretien était de ne pas se limiter à « ce jeu de questions-réponses ». Il convient de souligner que ce procédé peut constituer un avantage dans le sens où l'entretien peut être préalablement préparé par la personne interviewée. Toutefois la réalisation d'entretiens par téléphone limite la relation inter personnelle.

### **Pour les entretiens B :**

L'interaction des personnes entre elles au sein du groupe est un avantage incontestable dans le sens où la réflexion des uns enrichie la parole des autres.

Cependant dans ce type d'entretien, le groupe et la personnalité de certains individus peuvent inhiber la parole d'une personne.

Par ailleurs comme toute interaction, la situation d'entretien n'est pas neutre. Aussi les propos de l'interviewé sont toujours liés à la relation qui s'instaure entre lui et l'interviewer. Bien que n'ayant aucun rapport hiérarchique avec les cadres, mon positionnement de chargé de projet « GPMC » à la DRH a probablement, dans le cadre de cet entretien de groupe, influencé certains propos. C'est une limite dont il faut tenir compte.

## **4.2 Synthèse de l'analyse et résultats**

### **a) Pour les entretiens A et par items :**

- GPMC plutôt que GPEC
- Culturellement, dans le public, la question de l'emploi ne se posait pas.
- La notion d'emploi apparaît principalement dans le cadre du recensement des effectifs à savoir à travers un document le « tableau des emplois ».
- En utilisant le terme de métier, « tout le monde sait de quoi on parle »

- Les enjeux
  - Ils sont autant internes qu'externes
  - Anticiper et accompagner les évolutions ayant un impact sur les métiers
  - C'est de repérer « les vrais métiers » et les « vraies compétences », « les métiers sensibles »
  - C'est aussi de décider de la politique globale des RH
  - De faire connaître l'ensemble des métiers présents à l'hôpital afin d'être attractif
  
- Les étapes nécessaires
  - Il y a une étape essentielle : celle de classer les agents par métier afin de pouvoir procéder à l'analyse (pyramide des âges, métiers sous tension...)
  - Il est toutefois nécessaire au préalable d'inscrire le projet dans la stratégie de l'établissement : projet d'établissement, projet social...en intégrant l'ensemble de l'encadrement
  - Ensuite c'est de réaliser ses propres fiches métiers pour en faire découler des profils de poste
  
- lien entre GPMC et formation
  - L'objectif est d'identifier à travers la GPMC les besoins en formation et plus particulièrement en compétences afin de maintenir ou d'améliorer le niveau de prestation
  - La formation est un moyen d'accompagnement à la GPMC, parmi d'autres (mobilité, recrutement...), aux besoins métiers/compétences qui auront été identifiés dans la démarche GPMC
  
- Les obstacles et les conditions de réussite
  - Le passage de la culture « grade » à la culture « métier »
  - Le besoin de partager un vocabulaire commun
  - La nécessité de cartographier tous les métiers avant de s'engager dans les autres étapes
  - La démarche participative est fondamentale



- Le Système d'Information Ressources humaines
  - Sans système d'information fiable, point de GPMC
  - C'est de cet outil que pourront être accentuées les actions d'anticipation et de management
  
- L'évolution de la fonction de DRH
  - rôle majeur dans l'accompagnement autant collectif qu'individuel
  - DRH= Développement des Ressources Humaines
  - Dimension stratégique et managériale

## **b) Pour l'entretien B et par items**

- Les enjeux pour le CHIELVR
  - Anticiper et accompagner les restructurations à venir
  - Favoriser la promotion professionnelle et la mobilité
  - Saisir l'opportunité de l'accompagnement financier de l'ARH
  
- Les interrogations et les craintes
  - « Manière habile de réduire les effectifs »
  - « Une usine à gaz ? »
  - Recruter de plus en plus de contractuels
  
- La méthodologie de mise en œuvre et le rôle des cadres
  - Nécessité de faire preuve de pédagogie
  - Besoin en formation
  - Implication des cadres pour l'ensemble des étapes
  
- Impact organisationnel
  - Mise en place de la démarche métiers/compétence dans la gestion quotidienne des personnels
  - Evolution de l'entretien annuel (de la notation à l'évaluation notamment à travers des dossiers de progression)
  
- Attractivité, valorisation et reconnaissance professionnelle
  - Démarche de valorisation et reconnaissance des activités réelles des agents

- Mise en valeur de l'établissement

L'analyse et la synthèse de l'ensemble des entretiens (A et B) m'amène à conclure autour de plusieurs points :

→ Tout d'abord sur la perception de la GPMC :

Pour les personnes sollicitées dans le cadre des entretiens A, la GPMC est plutôt dans le registre de la stratégie et de l'accompagnement de projets institutionnels contrairement aux cadres dans l'entretien B qui perçoivent la GPMC comme un outil avec une forte composante opérationnelle.

→ Ensuite concernant les enjeux de la GPMC :

Bien que les cadres soient les premiers à identifier les problématiques de recrutement, de fidélisation des personnels, force est de constater qu'il positionne principalement la GPMC dans la pratique quotidienne de la gestion RH alors que les personnes interviewées dans les entretiens A la valorise à travers les pyramides des âges par métier, par secteurs...

Ainsi sans procéder à une grande analyse stratégique, il paraît manifeste que le positionnement des acteurs, leur rôle dans l'institution et les bénéfices qu'ils pourraient en retirer influence leurs regards et la représentation de la GPMC.

## **PARTIE II : LA MISE EN PLACE DE LA GPMC AU CHIELVR**

Comme nous l'avons déjà souligné précédemment c'est la circulaire de la DHOS\* du 9 octobre 2007 qui incite les établissements hospitaliers à mettre en place une GPMC. La DHOS a décidé d'allouer, à travers une procédure d'appel à projets, une enveloppe de crédits par région pour financer des actions sur cette thématique dans les établissements. Pour la région Haute-Normandie, ces crédits s'élèvent à 239 605 euros avec un maximum de 50 000 euros par établissement. Le CHIELVR a ainsi bénéficié d'un accompagnement à hauteur de 42 000 euros pour l'acquisition d'un logiciel de GPMC. Ce montant relativement élevé s'explique pour deux raisons : La première est que peu d'établissements ont répondu à l'appel à projets. La seconde réside dans le fait que l'ARH a pu prendre la mesure de l'engagement et de l'implication du CHIELVR dans cette démarche que ce soit à travers le projet d'établissement, le projet social ou encore devant le dynamisme de l'encadrement. En effet pour le CHIELVR et sa direction, la GPMC représente une réelle opportunité tant pour l'établissement que pour son personnel. Avant de présenter la démarche menée au sein du CHIELVR au travers des différentes étapes, nous nous attacherons à présenter en quoi la GPMC s'est rendue nécessaire pour l'établissement.

### **1/ La démarche métiers/compétences est un axe stratégique et opérationnel de l'établissement**

La gestion des ressources humaines à travers la dimension métier/compétence constitue un outil précieux d'aide à la décision permettant indiscutablement de revisiter nos modes de gestion des personnels. Cette démarche s'inscrit plus largement dans les orientations stratégiques de l'établissement.

#### **1.1 Un outil d'analyse et d'aide à la décision ...**

##### **a) qui se construit à travers un répertoire, une cartographie métiers.**

Afin d'éviter toute confusion dans la compréhension des termes, il convient de dissocier :

→ Le référentiel métiers qui est le répertoire des métiers de la DHOS.

Le répertoire a été élaboré, en 2004 pour sa première version, dans le cadre de l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière. Il s'agit d'une démarche nationale avec la participation de plus d'une centaine de personnes pendant près de dix-huit mois pour son élaboration, sa diffusion et sa mise en œuvre. Un point particulier a concerné la conception d'un lexique comme langage commun. En effet, des mots tels que « métier », « emploi » et « compétence », nous l'avons vu, sont assez difficiles à définir car ils sont polysémiques. Le métier a donc été pris comme la maille de description pour le document et non l'emploi. Le répertoire devait décrire des ensembles larges d'activités et de compétences sans rentrer dans le détail des organisations, à charge ensuite pour chaque établissement de décliner ce travail en emplois et en spécificités.

→ Et le répertoire du chievr autrement dit la cartographie métier

Destiné à l'ensemble des professionnels, l'utilisation de la cartographie métier, privilégiant une approche fonctionnelle et transversale doit se faire à deux niveaux :

*Pour la gestion collective des ressources humaines*

Le répertoire des métiers permet tout d'abord d'identifier les métiers présents dans l'établissement et de quantifier les besoins en effectifs par métiers, à court terme, moyen et plus long terme

Il est également un excellent outil de gestion des ressources humaines dans la mesure où il peut servir à :

- Repérer les besoins en formation, soit par métiers, soit transversaux à plusieurs métiers et sur cette base, bâtir des actions de formation et/ou construire des formations par modules de compétences ;
- Compléter des profils de recrutement, des supports pouvant servir à l'évaluation...

Ensuite le répertoire peut se révéler un outil utile de communication en interne sur les métiers (en termes de reconversion, d'évolution et d'élaboration de projet professionnel pour les personnels) mais également en externe (en termes de présentation des métiers, de leur contenu et de leur accessibilité).

### Pour la gestion individuelle des ressources humaines

La fiche métier contenue dans le répertoire peut être un repère pour tous ceux qui souhaitent faire un point sur leur carrière et l'expérience acquise et notamment l'utiliser pour préparer un bilan de compétences.

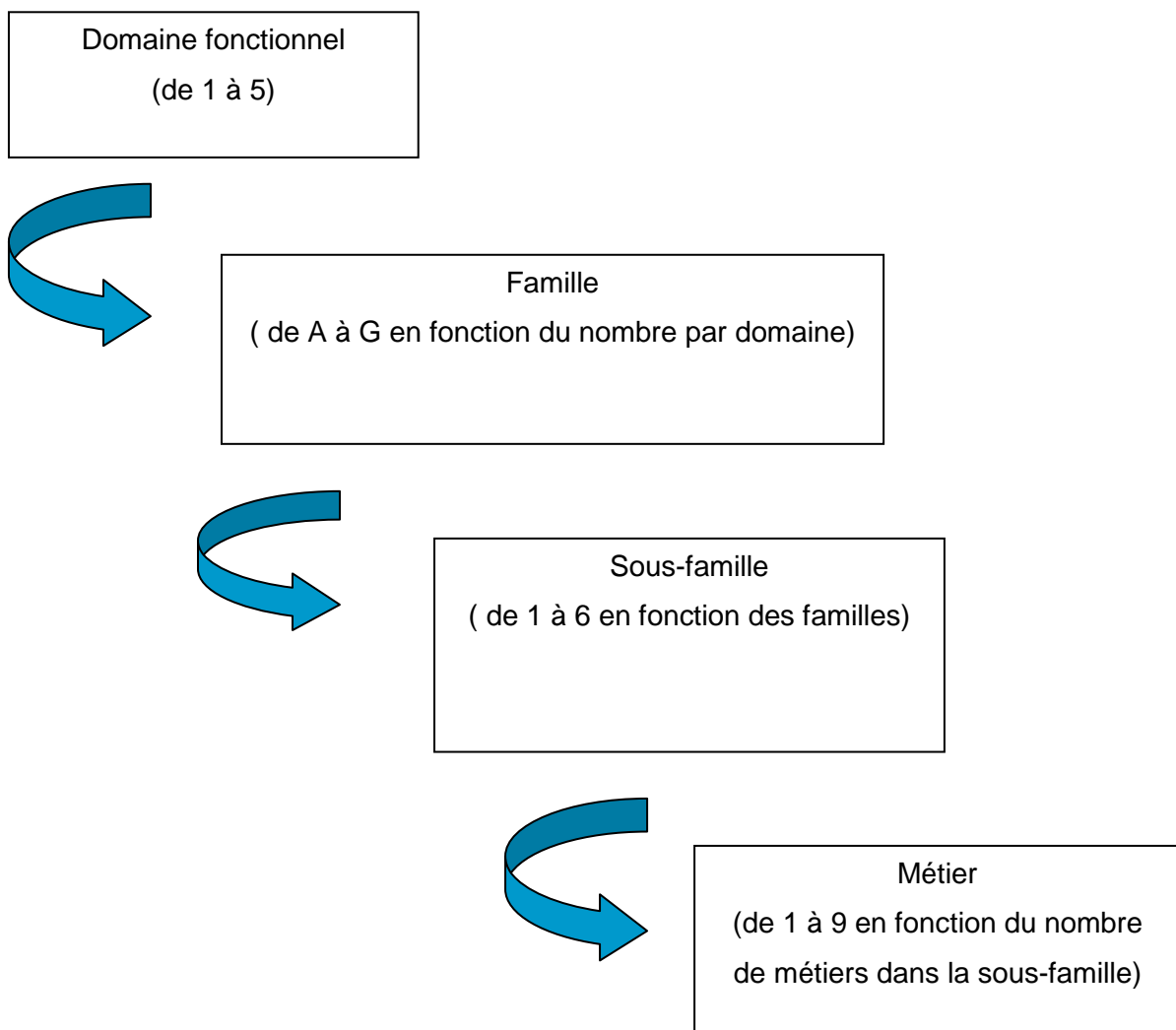
Par ailleurs l'identification des passerelles (courtes et longues) rend possible la définition de parcours de mobilité vers d'autres métiers.

Ainsi il permet :

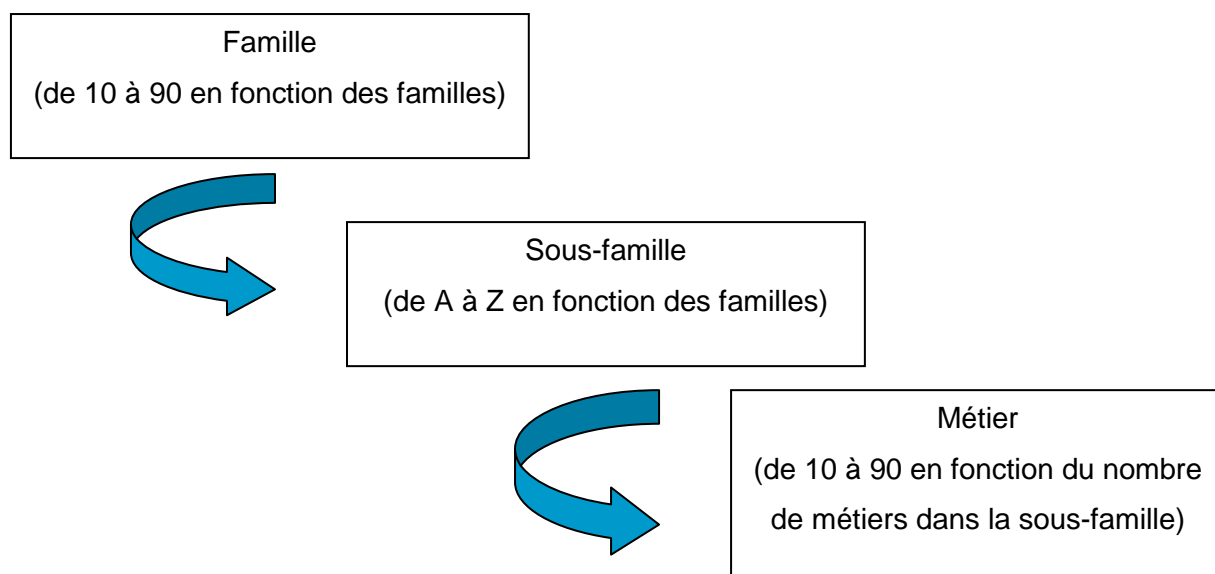
- d'évaluer et valoriser le professionnalisme mais aussi développer l'auto-évaluation dans le cadre du bilan de compétences ;
- de recruter en fonction des profils et des pré-requis ;
- de définir des parcours de reconversion et de mobilité ;
- de développer les pratiques de validation des acquis

Bien que les établissements aient intérêt à élaborer eux même leur répertoire afin de mieux prendre en compte leurs spécificités, il n'en demeure pas moins qu'il paraît opportun de le construire à partir du référentiel métiers de la DHOS et désormais à partir de la Version 2. Le *Référentiel des métiers* est donc avant tout un guide, il ne se substitue pas aux règles en vigueur dans la fonction publique et notamment aux règles statutaires en matière de recrutement. Il ne constitue pas non plus un « référentiel métier » au sens de référentiel des activités et des compétences mais aborde simplement les savoir-faire clés et connaissances principales pour chaque métier. Le référentiel des compétences commun aux familles professionnelles est l'étape suivante après l'élaboration d'un répertoire des métiers. Ces référentiels de compétences cherchent à évaluer avant tout l'activité avec des grilles à critères classants et sont souvent complexes.

En effet, ayant pu disposer du document de travail, le référentiel métiers Version 2 s'appuie sur le document édité en 2004 avec des évolutions concernant l'émergence, la transformation, la disparition de métiers. Mais il est également à noter une évolution dans la nomenclature des métiers. Alors que sur le référentiel 2004, l'arborescence était organisée autour du domaine fonctionnel, puis de la famille, sous famille et enfin métiers tel que le présente le schéma suivant :



Désormais le domaine fonctionnel disparaît et seulement trois niveaux existent :



Les éléments de description du métier demeurent à partir :

- Des activités principales requises
- Des savoir faire requis
- Des connaissances associées aux savoir-faire et leur niveau requis

mais également

- Des conditions d'exercice du métier y compris les pré-requis spécifiques
- Des métiers d'évolution professionnelle (passerelles courtes et longues)
- Des équivalences statutaires éventuelles
- Des facteurs et tendances d'évolution à moyen et long terme et leurs impacts

possibles sur le métier

### **b) et autant que possible à partir d'un système d'information performant**

Les logiciels dédiés aux Ressources Humaines sont actuellement « P-Pub » et « Business Object ». C'est essentiellement « P-Pub » qui est utilisé à la DPRS\* pour gérer le dossier des agents (ancienneté, mouvements, mise en stage, titularisation...) et traiter la paie. C'est donc plutôt une logique de gestion administrative de dossiers que l'on rencontre avec « P-Pub ».

« Business Object » est un logiciel davantage utilisé pour faire des extractions de données et faire des statistiques, des tableaux, facilement transposables sur « Excel ». Ce logiciel utilise les données saisies dans « P-Pub » en proposant des listes d'agents par service, par pôle, par âge ou par ancienneté. Toutefois « Point de GPMC sans système d'information fiable », c'est pourquoi bénéficiant d'un accompagnement pour l'acquisition d'un logiciel GPMC, nous rédigeons actuellement le cahier des charges du module, quelque part « une brique » qui pourra être intégré à un système d'information en ressources humaines (SIRH), ce que souhaite acquérir l'établissement dans le cadre du plan hôpital 2012.

Le CHIELVR souhaite dans un premier temps se doter d'un outil informatisé plus performant lui permettant :

→ De recenser, structurer et exploiter toutes les données relatives aux effectifs, aux métiers et aux compétences de l'ensemble des agents du CHIELVR (pyramides des âges et simulations prospectives **en annexe 2**, redéploiement de populations, analyse du patrimoine des compétences...)

→ D'informatiser la cartographie des métiers et des compétences par agents et par secteurs

→ De réaliser des entretiens d'évaluation et des entretiens de formation et recueillir les souhaits de mobilité, les besoins de formation

→ De traiter les problématiques de gestion individuelle des compétences : aires de mobilité, chemin de carrière, orientation...

→ De rendre chaque agent du CHIELVR acteur de son évolution professionnelle.

Quant au SIRH, il regroupe l'ensemble des informations relatives aux ressources humaines et aux processus qui permettent de les gérer. Il a pour intérêt :

→ De distribuer, par l'intermédiaire d'un portail, à chaque type d'acteur les services et les données auxquels il est autorisé à accéder ;

→ De fournir des modules correspondants aux grands domaines fonctionnels qui déterminent les fonctions ou nécessaires à l'automatisation de la gestion et de l'aide à la décision ;

→ De constituer des bases de données permettant de stocker l'information.

## **1.2...au service d'une stratégie pour l'établissement**

Si la stratégie est « l'art de coordonner des actions pour atteindre un but », il ne peut certainement y avoir à l'hôpital de stratégie sans prise en compte de sa principale richesse que sont les hommes et les femmes qui y travaillent.

En effet, l'hôpital a ceci de particulier qu'il est une collectivité humaine dont la mission première est de prendre en charge d'autres êtres humains, généralement en situation de souffrance, ce qui a pour conséquence, comme le dit André COMTE-SPONVILLE , que l'exercice professionnel hospitalier n'est pas un exercice anodin, l'hôpital étant un lieu de confrontation : confrontation à l'autre, confrontation à la mort et donc au pire et, in fine, confrontation à soi même.

Ainsi la notion de sens est essentielle à l'hôpital, elle doit éclairer une stratégie à l'image d'un phare balisant et donnant le cap au projet d'établissement.

Le projet d'établissement du CHIELVR se situe dans la lignée de plusieurs projets d'établissements ambitieux et mobilisateurs. Toutefois deux points cruciaux sont à mettre en évidence. Tout d'abord les contraintes budgétaires du système de santé ne permettent plus à l'établissement de disposer de mesures d'accompagnement financier comparables. Ensuite le contexte réglementaire a considérablement changé. En effet de nombreux textes réglementaires ont modernisé les outils et les dispositifs d'organisation sanitaire et la



responsabilité économique des établissements a été fortement renforcée par la mise en œuvre de la tarification à l'activité depuis 2004.

Il n'est donc plus possible de constituer un PE\* en juxtaposant les demandes d'autorisation et de financement d'activités comme par le passé. Une démarche stratégique est nécessaire pour resituer l'établissement au plus près de sa mission, de sa zone de population, de ses partenariats plus ou moins formels, de ses forces et des faiblesses propres...

Si les tendances démographiques des patients se situent dans la moyenne nationale, il est à noter que le bassin de population du CHIELVR comprend des zones de population fortement défavorisées avec des difficultés d'accès aux soins.

Le positionnement, du CHIELVR est contrasté selon qu'il s'agit de la médecine, de l'obstétrique ou de la chirurgie. En effet le CHIELVR fait face à une concurrence particulièrement importante sur la chirurgie et dans une moindre mesure sur l'obstétrique puisqu'il réalise près de 2/3 des accouchements sur son bassin de recrutement.

Parallèlement, la population du territoire de santé du CHIELVR présente des caractéristiques épidémiologiques qui font l'objet de priorités nationales et régionales de santé. Nous citerons par exemple le plan Cancer, la prise en charge des urgences ou des personnes âgées.

Ainsi répondant aux besoins actuels de sa population, le projet d'établissement du CHIELVR doit prendre en compte et anticiper les besoins futurs d'une population particulièrement vieillissante ainsi que les demandes croissantes des usagers à savoir :

→ adapter et optimiser son organisation et ses ressources pour assurer une meilleure prise en charge (qualité des soins, décroisement et fluidité des filières de prise en charge, alternative à l'hospitalisation, équipe mobile de soins palliatifs, de gériatrie...)

→ envisager une mise en conformité des standards professionnels (80% de chambres individuelles contre 20% actuellement) notamment dans le cadre de l'amélioration des conditions d'hébergement (hygiène, confort, fin de vie...)

Afin de répondre à ces deux axes majeurs du projet d'établissement, il est envisagé dans le cadre d'un plan directeur soutenu par le plan Hôpital 2012 un regroupement, sur le site

principal des Feugrais à Elbeuf, de ressources actuellement dispersées posant nombreuses problématiques notamment :

- l'éloignement des sites du plateau médico-technique qui nécessitent des transports fréquents pour les patients
- la diversité des structures qui favorisent les pratiques hétérogènes et les cultures locales
- l'isolement des professionnels qui rend de fait peu attractive l'activité gériatrique sur certains sites.

Le projet d'établissement intègre le projet social. Ce dernier est précisé par la loi de modernisation sociale de janvier 2002 à savoir : « le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels ». Négocié entre le directeur et les organisations sociales, le projet social est un axe important du dialogue social à l'hôpital parce qu'il est le fruit d'une élaboration concertée avec les partenaires sociaux. Il constitue un acte de management fort parce qu'il est mobilisateur des ressources humaines au bénéfice desquelles il est élaboré et porteur de valeurs humaines, ferment de la culture de l'établissement. Ainsi dans le cadre du CHIELVR le projet d'établissement doit pouvoir concourir à moderniser l'organisation pour plus d'efficacité et de qualité. Dans le champ des ressources humaines il convient tout particulièrement d'assurer la continuité des organisations. Cela se traduit en agissant sur :

- L'absentéisme important sur certains métiers et sur les secteurs tel que la gériatrie
- L'amélioration des conditions de travail
- Le retour à l'emploi
- La formalisation et la mise en œuvre d'une politique de remplacement
- L'attractivité professionnelle de l'établissement
- La professionnalisation de certains métiers
- La mise place d'outils de gestion du personnel
- Le renforcement de l'encadrement
- Le développement des compétences

Si l'évolution de l'organisation hospitalière repose de plus en plus sur la capacité à rendre accessible au plus grand nombre les plateaux médico-techniques, leur valeur ajoutée et leurs performances reposent également de plus en plus sur la compétence et l'expertise des professionnels qui les animent.

Ce projet contribue donc également à l'attractivité professionnelle de l'établissement et à l'amélioration des conditions de travail par un meilleur positionnement des professionnels. Il prévoit ainsi de mettre en œuvre une véritable gestion prévisionnelle des emplois, carrières, métiers et compétences en intégrant complètement les objectifs stratégiques du projet médical (cancérologie, pathologie cardiovasculaire, relation au patient, organisation, logistique et management).

## **2/ LES PREMIERS PAS DE LA GPMC AU CHIELVR**

Nous avons évoqué brièvement dans notre première partie les trois étapes du projet « GPMC », regardons dans le détail ce qu'elles recourent :

### **Etape 1 : Le recensement des métiers et l'identification des effectifs**

Cette étape cruciale du projet permet de rassembler toutes les informations quantitatives nécessaires à un travail d'analyse. Nous avons décidé avec le groupe de travail d'utiliser le *Répertoire DHOS des métiers* et le *Guide méthodologique d'aide à l'identification des effectifs* pour effectuer ce recueil des métiers et des effectifs. Cette démarche comporte deux avantages : le premier, est de disposer d'une trame existante (les fiches métier du répertoire DHOS) et donc d'éviter de se disperser dans la création d'outils ou de grilles inutiles. Le deuxième avantage est de proposer un projet proche de la circulaire DHOS et donc utilisable par le Ministère pour effectuer un travail comparatif avec d'autres établissements de santé. Le recueil de l'étape 1 va donc permettre de faire des projections et des prospectives en termes de métiers. L'appui d'une pyramide des âges pour évaluer la démographie des métiers en particulier de ceux dits « sensibles », une étude sur les tendances d'évolution des métiers seront des pistes d'action possibles.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Etude prospective sur les métiers de demain. Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, mars 2007

C'est à partir de ce travail de recueil effectué que les deux étapes suivantes peuvent être exploitées avec efficacité.

## **Etape 2 : L'analyse quantitative et qualitative de la cartographie des métiers en vue de se projeter**

Dans le cadre du CHIELVR et c'est le cas pour la majorité des EPS\*, l'absence d'évaluation des compétences lors des entretiens annuels ne permet donc pas encore le recueil et l'analyse des données relatives aux compétences. Cette nécessaire évolution pourrait être permise grâce à la transformation de la notation réglementaire en réelle évaluation.

Ainsi cette deuxième étape va se focaliser sur l'analyse des métiers c'est-à-dire la répartition par pôles, par domaine fonctionnel, l'identification de « nouveaux métiers »...

## **Etape 3 : L'intégration de la dimension métier/compétences dans les processus de gestion RH**

Sur la base du travail effectué au cours de la première étape, nous avons adapté les outils de gestion RH à la philosophie de la GPMC. Cela veut dire concrètement qu'il convient désormais de raisonner en termes de « fiche métier » plutôt qu'en « fiche de poste » et communiquer de manière plus générale *via* le journal interne et le site Intranet en présentant les métiers du CHIELVR. En conséquence, les fiches de recrutement, les avis de mobilité internes ou encore les fiches d'affectation insisteront sur le métier des professionnels et les compétences inhérentes recherchées. Le plan de formation 2009, lui aussi, sera pensé dans cette logique.

L'acquisition du logiciel, bien que constituant une démarche à part entière notamment au regard de l'élaboration du cahier des charges et des fournisseurs à prospector, n'est pas identifier ici comme une étape dans le sens où cette action est conduite parallèlement aux autres sans relation chronologique forte.

## **2.1 Le recensement des métiers et l'identification des effectifs sur l'établissement**

### **a) le plan d'actions**

Le recensement des métiers et l'identification des effectifs a nécessité une période d'analyse et d'appropriation du sujet. Au cours de cette période, nous avons :

→ étudié les documents existants (le *Répertoire des métiers de la FPH* et *Le Fichier permanent des corps et grades des établissements publics sanitaires et sociaux*),

→ effectué des immersions dans les services pour aller à la rencontre des professionnels et voir en pratique les métiers véritablement exercés dans l'établissement,

→ élaboré un lexique

→ travaillé dans le cadre d'un groupe de travail sur les niveaux souhaités de recueil des données, analysé les fiches de poste actuellement utilisées.

Cette phase de préparation en 5 étapes s'est déroulée en amont d'une présentation à l'ensemble de l'encadrement de l'établissement de la méthodologie de recueil des informations.

### **Une préparation en cinq étapes**

<b>1<sup>ère</sup> étape : un travail de réflexion et de connaissance du sujet.</b>
---

Cette étape a comporté plusieurs tâches importantes. Tout d'abord, une série d'entretiens avec la DRH pour comprendre les enjeux et les résultats attendus au cours de la mission, les questions importantes à se poser, les aspects à ne pas négliger, définir une méthodologie. Ensuite, l'appropriation du *Répertoire des métiers* et du *Fichier permanent des corps et grades des établissements publics sanitaires et sociaux* et enfin l'analyse des fiches de poste de la Direction du Personnel et des Relations Sociales (DPRS) \*.

L'objectif a été de comprendre la construction d'une fiche métier et de voir quelles passerelles nous pouvions trouver entre la fiche métier et la fiche de poste, actuellement utilisée.

## **2<sup>ème</sup> étape : 1<sup>er</sup> point avec le groupe de travail sur les réflexions menées.**

Cette réunion de travail a permis de présenter et de valider les premières réflexions sur :

- la proposition de méthodologie de recueil des informations
- la proposition de calendrier pour la réalisation du projet
- la synthèse du travail sur les fiches métier de la DPRS \* qui serviront d'exemples
- les termes à utiliser dans le langage « GPMC » (métier, emploi, spécificité)

## **3<sup>ème</sup> étape : un travail de conception des documents à remettre lors de la présentation aux cadres.**

En effet un temps consacré au travail sur le lexique a pu être mené à partir du *Répertoire DHOS des métiers* et des ouvrages cités dans la bibliographie.

Par ailleurs un travail a été réalisé sur des exemples pouvant être cités par filières lors de la présentation afin de s'inscrire dans une réelle démarche pédagogique

## **4<sup>ème</sup> étape : 2<sup>ème</sup> point avec le groupe de travail**

Le travail effectué en sous groupe a été proposé pour avis à l'ensemble du groupe qui a validé :

- la présentation et le contenu des documents distribués
- le lexique
- les niveaux de recueil souhaités et la méthodologie de recueil.

Tous ces documents ont été diffusés au cours de la réunion avec l'ensemble de l'encadrement.

## **5<sup>ème</sup> étape : la présentation aux cadres (diaporama de présentation en annexe 3)**

La présentation a eu lieu avec remise des documents explicatifs à tous les cadres. La date limite de retour des recensements a été fixée au 29 avril avec la proposition d'un appui méthodologique permanent pour les services qui ont des difficultés à effectuer leur recensement ou tout simplement à identifier certains métiers.

## **Méthodologie de recueil**

Nous avons souhaité un recueil en trois temps :

### **1<sup>er</sup> temps : Recenser les métiers par service/pôle et positionner chaque professionnel dans son métier**

Ce travail consiste à faire successivement :

- une identification des métiers par pôle ou service
- un positionnement de chaque professionnel du pôle ou service dans son métier et son emploi
- un recensement des spécificités métiers (prendre en compte les spécificités propres au métier et sollicitées actuellement dans l'activité quotidienne des agents)

### **2<sup>ème</sup> temps : Comparer les missions et les compétences entre les « fiches métier » et les activités réalisées au CHIELVR.**

En effet, les fiches métier qui composent le *Répertoire DHOS des métiers* ont été établies de manière globale et surtout datent dans leur conception de 2003-2004. Certains métiers ont évolué et doivent être également appréhendés selon le contexte local propre à l'établissement.

Il s'agit pour chaque métier de comparer la description fournie par le *Répertoire DHOS des métiers* et la réalité au CHIELVR\*.

### **3<sup>ème</sup> temps : Identifier les activités et les compétences pour un métier non répertorié ou difficile à définir.**

Le *Répertoire DHOS 2004 des métiers* ne pouvait pas anticiper les évolutions de certains métiers, comme par exemple les cadres de pôles, et l'émergence de nouveaux liés notamment au développement des technologies.

#### **b) l'appui méthodologique**

Chaque cadre a reçu par courriel un fichier avec l'ensemble des agents affectés dans leur pôle et service. Sur ce fichier l'objectif est de remplir les cases « métier », « emploi » et « spécificités », nos trois niveaux de recueil.

Un quatrième niveau de recueil concernant les spécificités agent a été laissé de côté et s'effectuera au cours des entretiens individuels. Ce choix se justifie par le fait que ce niveau touche plus personnellement l'agent qui choisira librement de mettre en avant ou pas des spécificités. Celles-ci n'ont pas un lien direct avec le métier exercé mais peuvent

être utiles dans la carrière de l'agent et pour l'établissement. Nous avons veillé à apporter, dans notre document explicatif remis aux cadres, un exemple détaillé par filière pour bien distinguer les différents niveaux pour un même individu.

L'appui méthodologique a consisté à fournir des renseignements complémentaires aux questions des cadres et à vérifier si les fichiers de recensement étaient bien remplis. Les difficultés ont été de trois ordres :

- une confusion entre le métier et l'emploi ;
- une clarification à faire sur la notion de « spécificité » ;
- les cas où aucun métier ne correspondait à tel ou tel agent

- Confusion entre « métier » et « emploi »

Malgré l'apport du lexique et le document « Niveau de recueil souhaités » qui reprend un exemple détaillé par grande filière professionnelle, certains cadres ont eu quelques difficultés à différencier le métier et l'emploi. Le raisonnement en « grades » est en effet fortement ancré dans l'esprit des professionnels de l'établissement.

C'est le cas par exemple au service de stérilisation dans lequel pour des raisons d'organisation interne, le choix du recrutement se porte exclusivement sur des aide-soignants. Or, les tâches et activités effectuées par les aide-soignants au service de stérilisation ne ressemblent en rien aux activités habituelles d'un aide-soignant. Le métier réel de ces aide-soignants d'après le *Répertoire DHOS des métiers* est en fait « agent de stérilisation ».

La GPMC n'a pas pour vocation de supprimer les grades, mais plutôt de les différencier pour distinguer clairement les activités et les compétences requises pour chaque professionnel de l'établissement. Pour éviter ces confusions possibles, de nombreux entretiens ont donc été menés avec l'encadrement pour récupérer les informations pertinentes pour le recensement.

- Clarification de la notion de « spécificité »

Au cours des entretiens et réunions avec les divers cadres de l'établissement, beaucoup de questions ont concerné la colonne « spécificité », notamment dans la filière soignante. Ces questions s'expliquent par le fait que beaucoup d'agents se voient confier des



responsabilités au sein d'un service dans le cadre d'une organisation interne tels que les référents de nombreux domaines (hygiène, hémovigilance, transmissions ciblées ...). Or, dans le recensement, l'objectif est de repérer les compétences complémentaires, celles qui sont mobilisables même en cas de changement de métier ou d'emploi. Ainsi, si toute une équipe détient la même spécificité, nous ne nous trouvons plus en face d'une spécificité à proprement parler, mais d'une activité liée au métier ou à l'emploi. C'est la raison pour laquelle, nous avons dû élaborer un document explicatif pour clarifier ce point.

- Aucun métier du répertoire DHOS ne correspond au métier du chi

Ce cas de figure a été prévu dans notre réflexion et c'est la raison pour laquelle nous avons joint à chaque tableau de recensement envoyé aux cadres, une fiche métier vierge pour leur permettre de recueillir les informations sur les activités principales, les savoir-faire requis, les relations professionnelles les plus fréquentes, les connaissances associées, les conditions particulières d'exercice du métier, les pré requis indispensables pour l'exercer, les passerelles et évolutions professionnelles vers d'autres métiers, la correspondance statutaire éventuelle, la définition du métier et éventuellement le nom de métier trouvé.

C'est à partir de ces informations qu'une appellation métier a pu être trouvée avec les problèmes de représentations et des valeurs qu'ils peuvent représenter (exemple une assistante de direction qui devient secrétaire...)

## **2.2 L'Analyse de la cartographie des métiers**

### **a) vue générale de l'établissement**

Les fichiers envoyés par les pôles et directions de l'établissement nous ont permis de dégager un certain nombre d'éléments quantitatifs qui ont été présentés lors de la réunion de restitution pour l'encadrement c'est-à-dire près d'une centaine de personnes (annexe 4):

- 115 métiers sont représentés au CHIELVR (diapositive 3) ;
- 1369 agents ont été comptabilisés sur les fichiers de recensement ;
- les cinq domaines fonctionnels du *Répertoire du métier* sont représentés (soins, social éducatif psychologie, logistique, infrastructure et maintenance technique, pilotage gestion et aide à la décision) ;
- les dix métiers les plus présents dans l'établissement (diapositive 4) ;
- 18 métiers ont été nouvellement identifiés (diapositives 5 et 6) ;

- les métiers ont fait l'objet d'une représentation graphique par pôle avec le nombre d'agents affectés (diapositives 7 à 14) ;

- les métiers cibles (communs à tous les pôles cliniques, diapositive 15) ont été identifiés.

Remarque : Ces éléments amènent quelques commentaires et notamment concernant le nombre d'agents répertorié dans les fichiers de recensement renvoyés par les différents pôles (1369 agents). Ce chiffre sera bien sûr affiné lors de la saisie des informations (notamment le métier) sur le dossier de chaque agent. Nous verrons donc à ce moment-là si certains agents n'ont pas été recensés pour des raisons diverses (affectation dans un autre pôle, départ de l'établissement, doublons).

A ce stade du projet et suite au recensement, trois grandes données peuvent déjà faire l'objet d'une première analyse :

- la répartition des métiers par domaine fonctionnel
- la répartition des métiers par pôle
- le nombre de métier nouvellement identifiés

## **b) la répartition des métiers par domaine fonctionnel et par pôle**

En tout premier lieu l'élément à exploiter est le nombre de métiers présents au CHIELVR, à savoir 115. Pour rappel le *Répertoire des métiers* identifie 183 métiers. Plus de la moitié des métiers du répertoire sont représentés dans l'établissement (53 %), en ne tenant pas compte des métiers nouvellement identifiés.

Ce chiffre est important et nous pouvons nous demander combien d'entreprises ou d'établissements publics accueillent 115 métiers en leur sein ? Nous avons donc une grande variété de compétences au CHIELVR, avec des attentes, des besoins et des profils différents ce qui n'est pas sans faire écho avec la présentation en première partie de l'hôpital comme une méta organisation. L'objectif de la direction est de faire coexister tous ces métiers et qu'ils puissent s'articuler ensemble.

### **Les métiers et leur répartition par domaine fonctionnel**

Les cinq domaines fonctionnels présents dans le *Répertoire des métiers* (soins, social éducatif psychologie, logistique, infrastructure et maintenance technique, pilotage gestion et aide à la décision) et qui classent les métiers par grandes familles et sous-familles sont représentés de manière proportionnelle au CHIELVR (diapositive 4).

En effet, le domaine fonctionnel « Social éducatif et psychologie » qui regroupe le moins de métiers (cinq sous-familles avec treize métiers en tout) est celui qui est également le moins représenté dans l'établissement avec six métiers. De même, le domaine fonctionnel le plus fourni en métiers dans le répertoire, à savoir « Pilotage gestion et aide à la décision » avec 24 sous-familles et 68 métiers, est également le plus représenté dans l'établissement avec 49 métiers.

Le constat est donc que l'établissement n'a pas un déséquilibre de métiers au regard de la répartition des domaines fonctionnels proposée par le *Répertoire des métiers*. L'ensemble des compétences nécessaires est théoriquement présent, ce qui n'empêchera pas au moment de la mise en place des entretiens annuels d'évaluation de mettre en évidence des besoins de formation et d'accompagnement.

Si nous mettons en perspective le nombre de métiers et d'agents par domaine fonctionnel, les résultats devront s'interpréter différemment. En effet en tant qu'établissement de santé, ayant pour mission le soin au sens large, la proportion de métiers soignants doit logiquement être la plus nombreuse. Pour exemple, citons le domaine fonctionnel du « Soin » (8 sous-familles pour 34 métiers dans le répertoire, 22 métiers dans l'établissement) qui offre la majorité des professionnels de l'établissement (921 agents). A contrario le domaine fonctionnel « Infrastructure et maintenance technique » propose 8 sous-familles et 32 métiers dans le répertoire contre « seulement » 14 métiers et 34 agents pour l'établissement.

### **La répartition des métiers par pôle**

Comment sont répartis les 115 métiers au sein des huit pôles de l'établissement ?

La grande majorité des métiers concerne le pôle Administratif (82) qui regroupe une grande diversité de champs d'intervention (diapositive 3). Ainsi, les ressources humaines, les affaires médicales (qui gèrent exclusivement les médecins), les finances, les services informatiques, les services techniques, la cuisine, l'hôtellerie et la blanchisserie, l'accueil et la qualité dépendent du pôle « Administratif ».

Concernant les sept autres pôles dépendant de la Direction des soins, le nombre de métiers est relativement homogène. Nous pouvons toutefois noter un nombre supérieur de métiers pour le pôle médico-technique (21) qui regroupe plusieurs activités comme l'imagerie, la pharmacie, le laboratoire, la rééducation et les archives médicales.

Les graphiques présentés dans les diapositives « 7 » à « 14 » amènent un éclairage qualitatif à ces premières constatations. La diapositive « 15 » montre la représentation en pourcentage des cinq métiers que nous retrouvons dans les sept pôles cliniques:

- Agent de bio-nettoyage ;
- Aide-soignant ;
- Cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales ;
- Infirmier ;
- Secrétaire médicale.

L'intérêt de ce type de graphique est de comparer la proportion d'agents d'un même métier d'un pôle à l'autre, d'identifier d'éventuellement disparités. Cette diapositive affine également les précédentes.

### **c) Les métiers nouvellement identifiés**

Autre donnée intéressante dans notre recensement, le nombre de métiers nouvellement identifiés (18). Un travail en profondeur, notamment dans la lecture des missions et des activités de ces nouvelles fiches métier, permettra peut-être d'en réduire le nombre par leur proximité.

Exemple : l'agent de bio-nettoyage en endoscopie n'effectue peut-être pas des activités si éloignées de l'agent de bio-nettoyage tel qu'il est décrit dans le *Répertoire DHOS des métiers*.

En revanche, d'autres métiers n'étaient clairement pas recensés dans le *Répertoire DHOS des métiers*, notamment pour le pôle « Administratif ». C'est le cas du métier de « gestionnaire de formation ». Après étude des activités des agents concernés, positionnés au départ sur le secrétariat de la formation, secondant la responsable de la formation continue, nous nous sommes aperçus que leurs tâches allaient au-delà. Etant donné qu'à la DPRS\* le métier de « Gestionnaire administratif du personnel » est occupé par un certain nombre d'agents qui ont le grade d'adjoint administratif, il nous a semblé logique de nous servir du terme « gestionnaire » pour ces deux personnes ayant le même grade mais gérant un domaine différent. Le raisonnement a été le même pour le métier de « gestionnaire de recrutement », la base « gestionnaire » a été conservée avec l'ajout du domaine d'activité (le recrutement).

Un autre métier, celui de « Responsable sécurité et environnement » a été également créé car aucune fiche métier du répertoire ne reprend fidèlement les activités occupées par l'agent. En fait, le Responsable sécurité et environnement du CHIELVR effectue des

missions présentées dans quatre fiches métiers existantes (« responsable hygiène générale et environnementale », « responsable du traitement de l'eau et de l'air », « responsable du traitement des déchets », « responsable sécurité incendie »).

Nous comprendrons bien avec cet exemple que certains métiers dépendent de la taille de la structure et donc du degré de polyvalence des agents. Dans un établissement de taille plus importante, les missions du « Responsable sécurité et environnement » sont sans doute scindées entre plusieurs professionnels.

### **2.3 L'intégration de la dimension métier dans les processus de gestion RH.**

Si les vertus de la GPMC se fondent sur sa capacité prospective et anticipatrice des effectifs, des métiers et des compétences et donc sous un registre stratégique pour l'établissement, il n'en demeure pas moins que la GPMC doit s'inscrire à travers des outils de gestion opérationnels. Ce changement pour l'ensemble des professionnels s'appuie sur la prise en compte de la dimension métier/compétence dans la pratique quotidien c'est-à-dire également au regard des documents de gestion : fiches de recrutement, d'avis de mobilité, d'affectation (annexe 5).

## **3/ L'ETAT DES LIEUX ET LES PISTES D'AMELIORATION**

Très attendu, l'actualisation et l'enrichissement du référentiel 2004 de la DHOS donne effectivement un nouvel élan pour les établissements de santé avec une évolution significative de l'arborescence, de nouvelles fiches métiers...il n'en demeure pas moins qu'il crée une forme de crispation au sein du CHIELVR et tout particulièrement pour l'équipe projet c'est-à-dire que « nous savions que ça allait arriver mais nous ignorions la date... », et ceci dans la mesure où il remet en question une partie du travail tout juste achevé. En effet l'ensemble de la cartographie métiers a été élaboré sur la base du référentiel de 2004. Alors deux hypothèses se présente à nous. L'une est de profiter de la dynamique qui a pu être impulsée et faire évoluer la cartographie récemment constituée avec la nouvelle nomenclature même si cela retarde de près de deux mois l'extraction et l'analyse des données. L'autre hypothèse est de rester sur une cartographie morte née qui permet certes d'extraire dès à présent des éléments mais dont on sait par avance qu'ils seront peu exploitables par la DHOS alors que la codification métier devra être prise en compte prochainement dans la déclaration annuelle sociale unifiée (DADSU) et que surtout

la base de données ne pourra jamais être intégrée en l'état dans un logiciel GPMC ou plus largement un SIRH.

C'est pourquoi nous avons fait le choix de reconstruire la cartographie à partir des éléments recueillis sur la base du nouveau référentiel. Le travail s'organise autour de 2 actions :

- le répertoire des métiers dans la nouvelle nomenclature<sup>19</sup>
- l'intégration des nouveaux codes métiers au sein des dossiers agents

Ce travail supplémentaire<sup>20</sup> qui a été demandé aux agents de la DPRS\*, me renforce dans la nécessité de faire preuve de pédagogie et de mettre en place systématiquement une démarche d'accompagnement auprès des personnels. « Donner le sens à l'action » mais aussi et surtout « de donner du sens à l'action » me semble être les premières conditions de réussite d'un tel projet.

Ainsi il convient de prendre en compte le fait que la GPMC n'est pas uniquement l'affaire de la DRH, elle concerne l'ensemble des professionnels et plus particulièrement l'encadrement, dans toutes ses dimensions, qui est le plus à même de mesurer l'adéquation des effectifs aux besoins futurs et de prévoir l'évolution des métiers et des compétences qui y sont rattachés. Cette implication de tous ne peut se faire sans le partage par tous de l'information. C'est certainement la deuxième condition de réussite.

Nous avons pu voir que, six mois après le début de mon stage, un certain nombre d'actions ont pu être menées. Ainsi à ce jour le CHIELVR dispose désormais de :

- la liste de tous ses métiers y compris des métiers nouvellement identifiés
- la majorité des effectifs répartis par métier
- fiches métiers adaptées aux activités réellement réalisées au chielvr
- premiers éléments quantitatifs d'analyse

Bien sûr il faut prendre conscience que cette première étape est autant essentielle qu'elle est fortement chronophage. Elle constitue les fondations d'un édifice qui doit être suffisamment solide pour s'inscrire dans la durée et dans le même temps raisonnablement façonnable pour pouvoir s'adapter aux évolutions. C'est également ici une condition de réussite pour le projet que de laisser du temps.

---

<sup>19</sup> Annexe 6

<sup>20</sup> Annexe 7

Il s'agit dans la gestion des Hommes d'une variable essentielle, qu'elle soit objective à travers des durées d'études, des délais de procédures, des contraintes réglementaires mais aussi subjective au regard du poids des habitudes et de l'évolution lente des comportements et des organisations.

Mais ce premier semestre a aussi été l'occasion d'inscrire l'établissement dans une révolution culturelle autour de la dimension « métier et compétence ». Il a ainsi pu être observé une atténuation constante des résistances aux changements. En effet comme le formule Antonio Machado, « le chemin nous fait autant que l'on fait le chemin ».

La mise en place de la GPMC est un véritable outil de conduite du changement et même un levier de ce changement. Il aide à la mise en cohérence au sein de l'ensemble des pratiques de GRH et il favorise l'adéquation entre la question des ressources humaines et la stratégie de l'établissement.

La mise en place d'une GPMC entraîne un certain nombre d'actions qui nécessitent un ensemble de moyens humains et technologiques à prendre en compte préalablement.

Cette évaluation préliminaire des ressources dédiées permet indiscutablement d'éviter des projets trop ambitieux et qui ne pourront pas aboutir. C'est probablement un enseignement fort de cette démarche.

Les limites de cette démarche sont sans aucun doute au niveau de l'intégration du corps médical dans cette démarche de GPMC. En effet bien que nous connaissons la persistance au sein des établissements de santé d'une gestion parallèle du personnel médical, il n'en demeure pas moins que la ressource médicale est le point d'achoppement du positionnement stratégique de l'établissement. Il peut alors sembler très paradoxal d'exclure d'une démarche de gestion prévisionnelle une ressource incontournable et devenant rare. Toutefois la difficulté réside probablement dans le fait que pour les professionnels médicaux, c'est aujourd'hui encore essentiellement une gestion des effectifs et non des métiers et des compétences. Ainsi intégré le corps médical dans la démarche GPMC me semble être une piste d'amélioration possible pour l'établissement.

Un autre point peut être mis en exergue, c'est le hiatus croissant qui se crée entre la gestion prévisionnelle des métiers et celle des compétences. En effet si l'établissement met en œuvre un certain nombre d'actions visant à identifier et projeter les métiers, les effectifs par métier, force est de constater que le CHIELVR, à l'instar des autres hôpitaux pour ne pas dire des établissements public, est en retard dans la prise en compte de la dimension

compétence. En effet qu'il s'agisse de textes réglementaires portant sur l'évolution de la notation à l'évaluation d'une part et de la persistance de la culture du grade et de la logique de carrière au sein des organisations d'autre part, le CHIELVR n'est aujourd'hui pas en mesure d'évaluer son capital compétence et l'arrivée du logiciel, en tant qu'outil, ne remplacera pas le nécessaire travail d'évaluation qu'il conviendra d'engager.

En corolaire à la notion de compétences, il me semble important de préciser que la gestion des ressources humaines-bien qu'elle prenne mieux en compte les aspirations personnelles-est caractérisée par un développement prégnant de l'individualisation et la personnalisation des individus, à l'image d'une évolution sociétale, qui mérite aussi d'être relativisé. En effet l'omniprésence et le goût pour les concepts autour du « potentiel individuel », du « capital compétence » ... doivent rendre lucide les managers sur un point fondamental : la qualité de la prise en charge des patients dépendra toujours, in fine, de la capacité des acteurs à travailler ensemble.

Enfin la mise en place, de manière liminaire, d'un comité de pilotage pour l'ensemble de la démarche GPMC semble constituer une exigence pour un fonctionnement en mode projet.

En effet le comité de pilotage doit pouvoir valider le cadrage du projet que ce soit au niveau des objectifs, de la méthode ou encore des outils. Au chielvr, bien que le DRH ait associé des cadres en amont du lancement de la démarche, il n'en demeure pas moins que la constitution d'un comité de pilotage du projet dans sa globalité et non seulement dans le cadre de l'acquisition du logiciel aurait permis probablement d'améliorer encore la communication et de renforcer la démarche GPMC comme étant un enjeu stratégique pour l'établissement. Le DRH, légitimement chef de projet, est alors un porteur stratégique de la démarche dans le sens où il est là pour expliquer et convaincre mais il est aussi un coordinateur opérationnel dans la mesure où il va planifier, organiser, suivre et donner vie aux groupes de travail.



## CONCLUSION

**« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, mais c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles ». SENEQUE**

Préoccupation récurrente, ardente nécessité, nous avons vu que la gestion prévisionnelle quel que soit l'acronyme que nous voulons bien lui accorder-les plus médisants auront à l'esprit de dire que « la culture française s'emploie souvent à changer de nom ce dont elle souhaite s'épargner » - s'inscrit dans une démarche plurielle et multi dimensionnelle au sein des établissements de santé. En effet, elle revêt autant un caractère stratégique et opérationnel par la mise en œuvre de processus ascendant et descendant, qu'elle est marquée par une approche collective et individuelle, quantitative et qualitative, à travers des modes préventifs et offensifs et ceci dans un cadre temporel intégrant autant le présent que le futur.

La complexité et « l'incertitude de ce que demain sera fait » et donc la difficulté d'anticiper ne doit pas empêcher la démarche prévisionnelle mais véritablement l'encourager, la stimuler.

Projet de restructuration, de modernisation et de recherche d'efficience le CHIELVR à l'instar de nombreux établissements (publics) de santé est aujourd'hui, encore plus qu'hier et moins que demain, dans une situation marquée par de grands bouleversements et de profondes mutations.

Le projet de GPMC s'impose donc à l'hôpital bien au-delà de la volonté et de l'ambition de la direction, le DRH en première ligne, de faire évoluer les pratiques et les outils de la gestion des ressources humaines, ne serait ce que par l'évolution réglementaire et le développement des dispositifs d'accompagnement à la démarche GPMC. La réforme de la formation tout au long de la vie ou encore le projet de décret relatif à la mobilité sont des exemples de leviers favorisant le changement.

Si la crainte légitimement fondée de s'engager dans une démarche longue et coûteuse - où « il faudrait dépenser pour prévoir ce qu'on n'a pas encore décidé d'éviter ? Pourquoi même expliciter, ce qui revient à admettre, des risques...que l'on ne maîtrise pas et dont la responsabilité reste discutée ? » - peut inciter les dirigeants et les responsables de ressources humaines à recentrer leurs actions et à mobiliser leurs efforts sur le maintien de la paix sociale, il n'en demeure pas moins que faire de la GPMC au sein de son établissement peut se limiter à la mise en lumière à plus court terme des métiers dits sensibles et des « compétences critiques ».

Le débat n'est donc plus de savoir si la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences présente ou non un intérêt pour les hôpitaux ou encore si la GPMC est « un effet de mode ».

La réflexion et l'observation autour du monde de la santé mais également dans d'autres champs professionnels d'une part, les retours d'expériences et les recommandations fortes des autorités publiques d'autre part montrent que la question est désormais tranchée. Les organisations qui ne compléteront pas leur gestion administrative par une gestion prévisionnelle dans laquelle la dimension métier et l'approche compétence seront au cœur de la GRH, déclineront voire disparaîtront. Sans dresser un tableau noir et pour faire référence à Michel CROZIER il faudra dans le même temps que l'hôpital, à l'image d'une « *organisation moderne puisse compter sur la bonne volonté de ses membres et sur leur capacité d'adaptation, d'innovation et de l'aptitude à coopérer entre eux* ».

Améliorer simultanément la qualité de la prise en charge, l'efficacité et les conditions de travail des professionnels au sein des hôpitaux, c'est certainement là un défi majeur pour les futurs directeurs d'hôpitaux que nous allons être, alors ayons à l'esprit ce proverbe chinois plein de sagesse : « Le plus long des chemins commence toujours par le premier pas ».

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

ACCART J-Ph., PASTY N., les métiers de l'hôpital, Paris, Berger-Levrault, 1994.

AMADIEU JF., CADIN L., Compétence et organisation qualifiante, Economica, 1996.

AMADIEU JF., ROJOT J., Gestion des Ressources humaines et des relations professionnelles, collection Les Essentiels de la gestion, 1996.

AUBRET Jacques, GILBERT F., PIGEYRE F., Management des compétences, 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris, 2005

BATAL C. La gestion des ressources humaines dans le secteur public. Paris : Les éditions d'organisation, 1998, 2 tomes

BLANCHET A., GOTMAN A., l'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris, 1992, 128 p

CADIN L., GUERIN F., PIGEYRE F., Gestion des ressources humaines, 3<sup>ème</sup> édition

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.

DUBAR C., TRIPIER P, sociologie des professions, Paris, Armand Colin

GAVINI C., la gestion de l'emploi, Economica, 1993

GILBERT P., la gestion prévisionnelle des ressources humaines, Paris, la découverte

KERLAN F., Guide pour la GPEC, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Eyrolles Editions d'Organisation

LEVY-LEBOYER C., la gestion des compétences, Paris, Editions d'Organisation, 1996.

THIERRY D., La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences, l'harmattan, 1990, 186 p

WEISS D., Ressources Humaines, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions d'Organisation

### **Articles**

ANTONMATTEI. PH. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : un défi social, économique et juridique, droit social, novembre 2007

Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France. Démarche Métiers-Compétences 2012, 2007

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

BARTHES.R., de la démographie, ou comment transformer une contrainte en opportunité, 2005

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

### **Mémoires**

CHARDON V., l'utilisation des outils de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences pour résoudre les difficultés d'un service : l'exemple de la cuisine relais de Quimper, Mémoire ENSP

ROCHER M., la mise en œuvre d'une politique de GPEC : l'exemple du Centre Hospitalier de Haguenau, Mémoire ENSP

## **Autres documents**

BARON X., VLAMYNCK.G., La GPEC pour ceux qui en font !, février 2008

Bilan social 2007 et rapport d'activité 2007 du CHIELVR

Circulaire DHOS/P1 n°2007-369 du 9 octobre 2007

DHOS, Fonction publique hospitalière, données démographiques horizon 2015, mai 2003

Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique

DONIUS B. « La GPEMC », document de cours, 2007

Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, Tome 1 et 2,

Editions ENSP

LAMY.Y., les bonnes raisons de faire de la GPMC...,2008

Projet d'établissement 2005-2009 du Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf Louviers

Val de Reuil

Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, Rennes, Editions ENSP, 2004

## **Sites internet**

[www.ses.ens-lsh.fr](http://www.ses.ens-lsh.fr)

[www.anact.fr](http://www.anact.fr)

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

## **Conférences**

ANFH, journée GPMC, Yvetôt, juin 2007.

---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE 1 : Guide d'entretien
- ANNEXE 2 : Pyramide des âges et simulation des départs en retraite de l'année 2008 au CHIELVR
- ANNEXE 3 : Diaporama – Réunion d'encadrement du 26 mars 2008
- ANNEXE 4 : Diaporama – Réunion d'encadrement du 21 mai 2008
- ANNEXE 5 : Intégration de la dimension métier dans les processus de gestion RH
- ANNEXE 6 : Nomenclature des métiers
- ANNEXE 7 : Note d'information sur la saisie des codes métiers dans les dossiers agents

## **ANNEXE 1 : Guide d'entretien**

# Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences et Formation

Elève Directeur d'Hôpital (promotion 2007-2009) à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, j'ai l'opportunité de suivre parallèlement un master de « gestion des ressources humaines dans le secteur public » à l'université Paris Sorbonne Panthéon.

Aussi dans le cadre du mémoire universitaire dirigé par le Professeur Amadiou et ayant pour thème principal « la GPMC », je vous sollicite à travers ce questionnaire pour m'éclairer de votre expérience que je sais riche dans ce domaine. Je crois savoir également combien votre temps est précieux et je vous remercie très sincèrement par avance de consacrer du temps à ces questions que j'ai souhaité limités dans leur nombre mais larges dans leur formulation.

Enfin ayant conscience du caractère irremplaçable des éléments opérationnels et de mise en perspective que vous êtes à même de pouvoir m'apporter, je reste à votre entière disposition si il vous est plus aisé de convenir d'un rendez vous physique ou téléphonique.

Frédéric PIGNY



## QUESTIONNAIRE

1/ Pouvez vous présenter votre fonction et succinctement votre expérience en matière de GPMC ?

2/ Contrairement au secteur privé qui parle de GPEC, il est préféré pour la fonction publique le terme de GPMC. Selon vous, pour quelles raisons?

3/ Quels sont, selon vous, les enjeux majeurs de la GPMC au sein des établissements publics de santé ?

4/ quelles sont les étapes nécessaires à la mise en place d'une GPMC ?

5/ Quels liens faites vous entre GPMC et formation ? Quelles interactions identifiez-vous ?

6/ Quels sont les obstacles que vous avez, ou avez pu, rencontrer dans le cadre de la mise en place de la GPMC dans votre établissement

7/ En quoi la mise en place de la GPMC fait elle évoluer la fonction même du DRH ?

8/ Existe-t-il selon vous des limites à la mise en place de la GPMC au sein des hôpitaux ?

9/ Dans un contexte actuel de recherche médico économique, la GPMC peut elle être assimilée, selon vous, à un outil de réduction de la masse salariale ?

10/ Quelle peut être la place d'un Système d'Information de Ressources Humaines dans la GPMC ?

11/ Les reformes en cours (formation tout au long de la vie notamment) et les projets de loi à venir vont-ils faciliter selon vous la mise en œuvre de la GPMC ?

12/ Faut il faire, selon vous, de la « gestion de compétences » ou de la « gestion par les compétences » ?

Souhaitez-vous m'apporter des observations et/ou des compléments d'information sur ce thème de la GPMC et de la formation ?

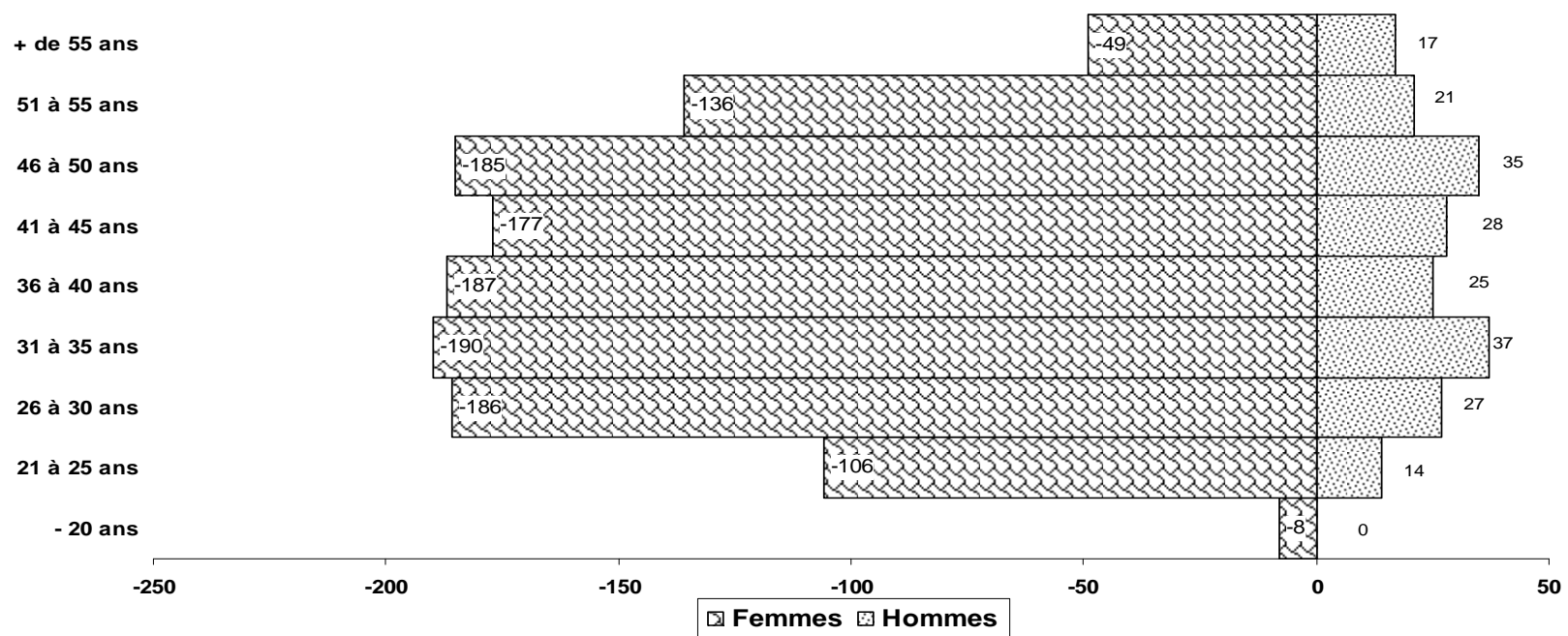
Vous remerciant encore chaleureusement,

Frédéric PIGNY

## **ANNEXE 2 :**

**Pyramide des âges et simulation des départs en retraite  
de l'année 2008 au CHIELVR**

## Pyramide des âges Personnel Non Médical Personnel permanent



Source 2008: DPRS du CHIELVR



## **ANNEXE 3 :**

**Diaporama de la réunion d'encadrement du 26 mars 2008**



## **GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES**

Réunion d'encadrement du 26 mars  
2008



## **GPEC : quelques dates clés**

- Circulaire Rocard de 1989 dite « de modernisation du service public »
- Texte de 1997 relatifs aux contrats d'objectifs et de moyens
- Manuel d'accréditation de l'ANAES de 1999
- Protocole « Aubry » du 14 mars 2000
- Circulaire DHOS du 9 octobre 2007





## La GPEC, c'est quoi ?

- La conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents visant à **réduire par anticipation les écarts entre les besoins et les ressources humaines** de l'établissement en termes d'effectifs et de compétences.
- Cela suppose un plan stratégique ou des objectifs à moyens termes bien identifiés tout en impliquant les agents dans un **projet d'évolution professionnelle (DIF)**.



## Pourquoi parle-t-on plutôt de GPMC ?

- On utilisera plutôt le terme de **gestion prévisionnelle des métiers et des compétences** en référence avec le répertoire des métiers de la FPH. De même, on étudiera davantage les passerelles entre les métiers ou les métiers dits sensibles.
- Pour trouver une correspondance avec certains grades, il sera également plus facile de parler en terme de métier.







## **Pourquoi une GPMC au CHI ?**

- La proximité et l'attractivité du CHU de Rouen
- L'émergence de nouveaux métiers
- La pénurie de certaines compétences médicales et paramédicales
- Le développement de l'activité et des nouvelles technologies amène à repenser l'organisation et les compétences requises
- Le vieillissement de la population accueillie nécessite des compétences spécifiques
- Le vieillissement de nos professionnels : projection des départs à prévoir



GPMC- présentation réunion cadres du 26 mars 2008



## **Une GPMC, pour quoi faire ?**

- Identifier au mieux les besoins (quantitatifs et qualitatifs) pour la prise en charge des patients et pour le fonctionnement de l'établissement
- Projeter ces besoins et adapter les plans de formation continue et promotionnelle
- Mettre en place une politique de recrutement adaptée et plus attractive
- Fidéliser les professionnels en leur proposant un parcours en lien avec leurs aspirations et les besoins de l'institution



GPMC- présentation réunion cadres du 26 mars 2008



## Projet du CHI : 3 étapes

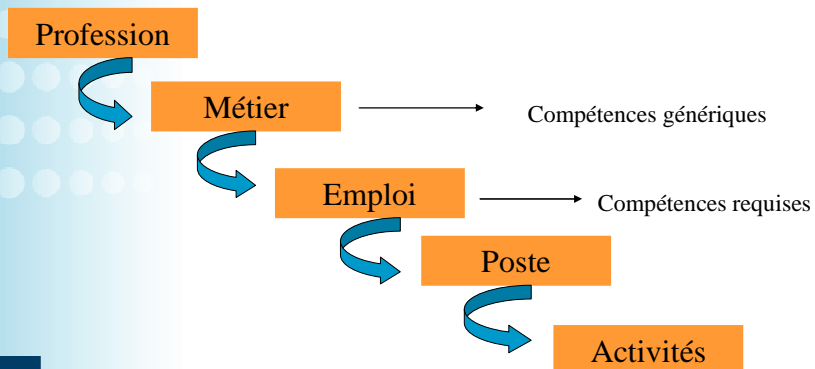
- 1ère étape (avril/mai 2008) : recenser les métiers exercés au CHI et identifier les effectifs
- 2ème étape (à partir de mai 2008) : intégrer dans les pratiques RH la dimension métiers et compétences (fiches métiers, avis de mobilité métiers, pyramides des âges, plan de formation/métiers ...)
- 3ème étape (à partir de mai 2008) : projeter les besoins et réaliser des prospectives métier



GPMC- présentation réunion cadres du 26 mars 2008



## Lexique des mots clés



GPMC- présentation réunion cadres du 26 mars 2008



## **Niveaux de recueil souhaités**

1. Métier = compétences génériques
2. Emploi = compétences requises
3. Spécificités métier = compétences détenues ou complémentaires propres au métier
4. Spécificités agent = compétences complémentaires propres à chaque agent



GPMC- présentation réunion cadres du 26 mars 2008



## **Méthodologie de recueil : 1ère étape en 3 temps**

- 1er temps : Recenser les métiers par service/pôle et positionner chaque professionnel dans son métier
- 2<sup>ème</sup> temps : Comparer les missions et compétences entre les fiches métier et les activités réalisées
- 3<sup>ème</sup> temps : Identifier les activités et les compétences pour un métier non répertorié ou difficile à définir



GPMC- présentation réunion cadres du 26 mars 2008

## **ANNEXE 4 :**

**Diaporama de la réunion d'encadrement du 21 mai 2008**



## **GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES**

Réunion d'encadrement du 21 mai 2008



### ***Méthodologie de recueil : 1ère étape en 3 temps***

- 1er temps : Recenser les métiers par service/pôle et positionner chaque professionnel dans son métier
- 2<sup>ème</sup> temps : Comparer les missions et compétences entre les fiches métier et les activités réalisées
- 3<sup>ème</sup> temps : Identifier les activités et les compétences pour un métier non répertorié ou difficile à définir



## Les métiers du CHIELVR

APPROCHE ORGANISATIONNELLE		APPROCHE FONCTIONNELLE		
Par pôle	Nombre de métiers	Domaine fonctionnel	Nombre de métiers	Nombre d'agents
Administratif	82	SOINS Dont sous famille: - Infirmier - Assistance aux soins	22	921
Médecine d'urgence	13		6	406
Chirurgie Anesthésie	12	SOCIAL, EDUCATIF PSYCHOLOGIE	6	34
Médecine-spécialités médicales	13			
Femme Mère Enfant	13	LOGISTIQUE	24	190
Médico technique	21			
Gériatrie	10	INFRASTRUCTURE ET MAINTENANCE TECHNIQUE	14	34
SSR	8			
		PILOTAGE GESTION ET AIDE A LA	49	190
<b>CH TOTAL</b>	<b>115</b>		<b>115</b>	<b>1369</b>



## Les métiers les plus présents

▪ Aide Soignant	365 agents
▪ Infirmier	297
▪ Agent de bio-nettoyage	68
▪ Secrétaire médicale	65
▪ Sage femme	35
▪ Technicien de laboratoire	32
▪ Cadre de santé	28
▪ Manipulateur en électroradiologie	26
▪ Agent d'accueil	22
▪ Cuisinier	20





**Métiers nouvellement identifiés hors répertoire (18)**

- Agent de bio-nettoyage en endoscopie
- Analyste de gestion
- Animateur du groupement de commandes
- Assistant au contrôle de gestion
- Assistant comptable et financier
- Cadre du département d'information médicale et des archives
- Chargé de carrières
- Chargé d'un service déconcentré en RH
- Chargé informatique dans le domaine du soin



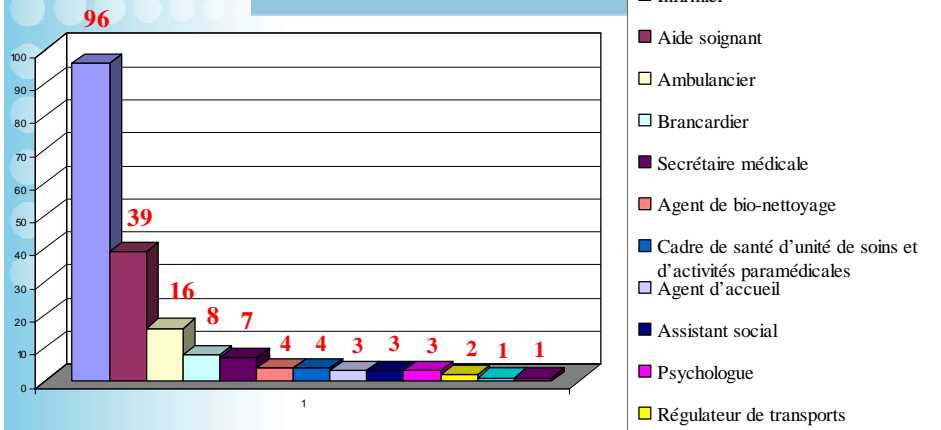
**Métiers nouvellement identifiés hors répertoire**

- Gestionnaire de formation
- Gestionnaire informatique
- Gestionnaire informatique dans le domaine du soin
- Gestionnaire de recrutement
- Gestionnaire d'infrastructure serveurs et réseaux
- Responsable sécurité et environnement
- Second de cuisine
- Secrétaire comptable
- Technicien en exploration fonctionnelle neurologique

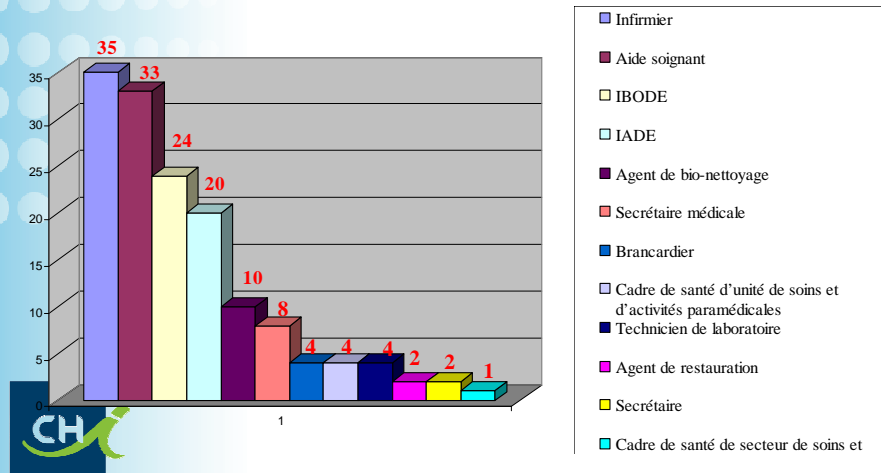




### Pôle Médecine d'Urgence



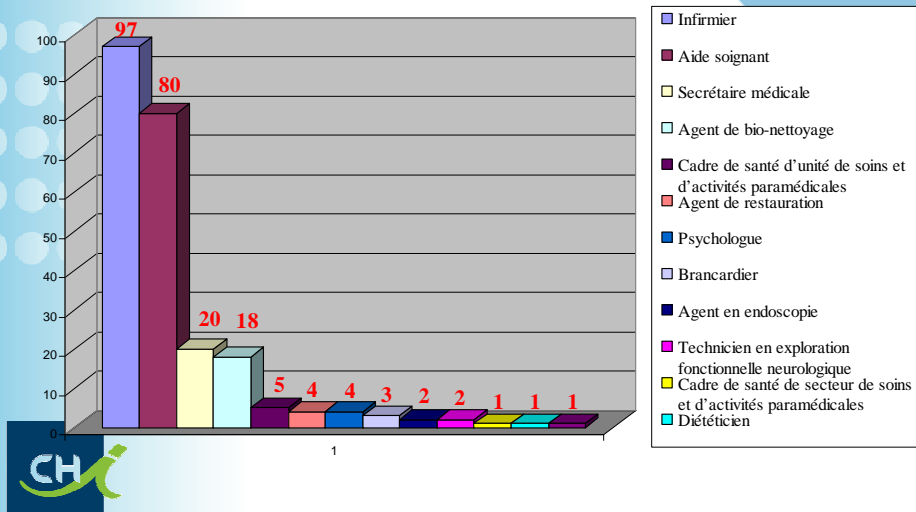
### Pôle Chirurgie-Anesthésie



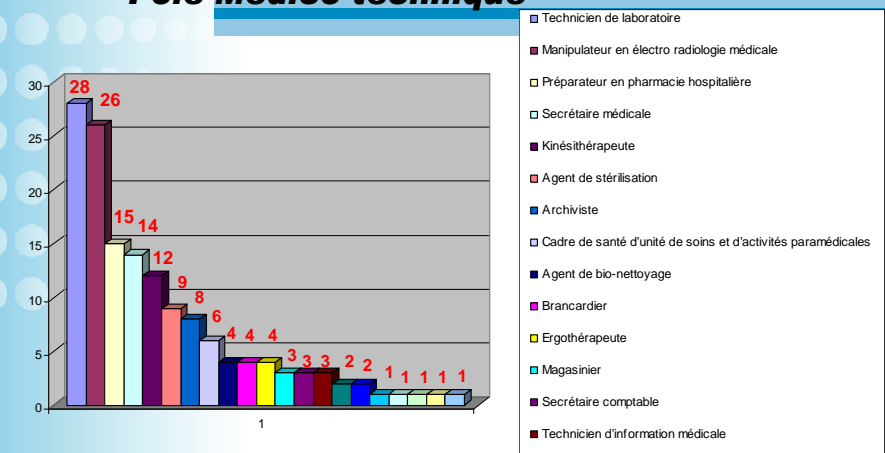




## Pôle Médecine et Spécialités médicales

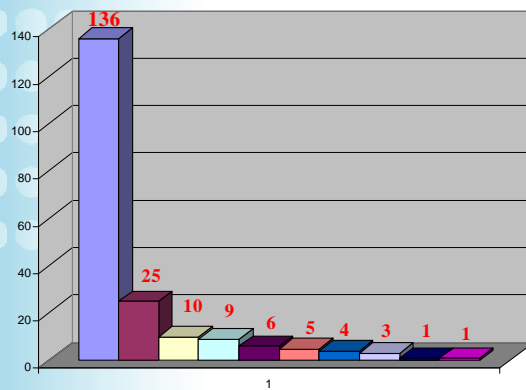


## Pôle Médico-technique





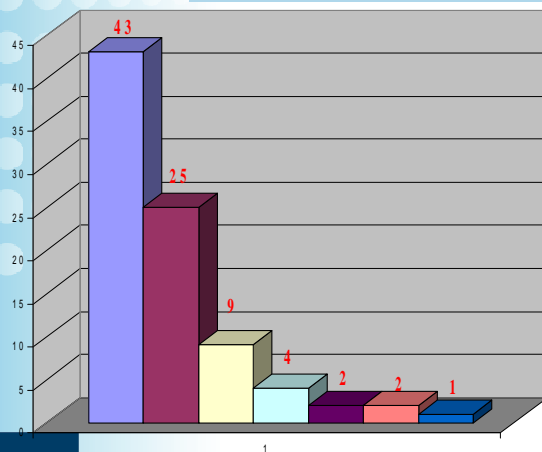
## Pôle Gériatrie



- Aide soignant
- Infirmier
- Agent de bio-nettoyage
- Agent de restauration
- Cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales
- Aide médico-psychologique
- Secrétaire médicale
- Lingère
- Cadre de santé de secteur de soins et d'activités paramédicales
- Psychologue



## Pôle SSR

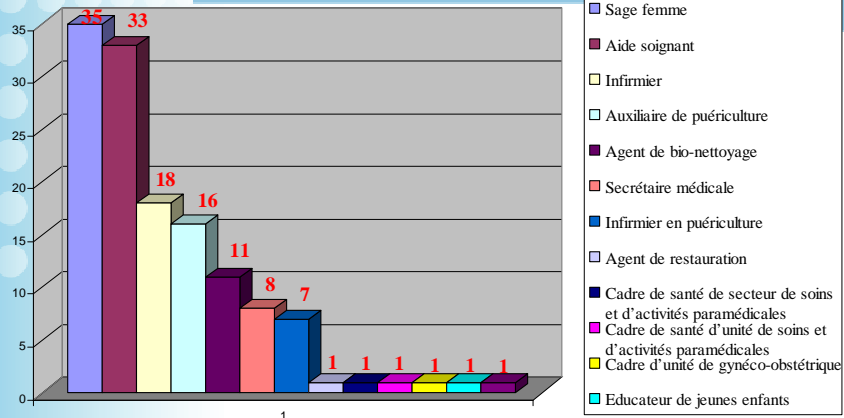


- Aide soignant
- Infirmier
- Agent de bio-nettoyage
- Secrétaire médicale
- Agent de restauration
- Cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales
- Cadre de santé de secteur de soins et d'activités paramédicales

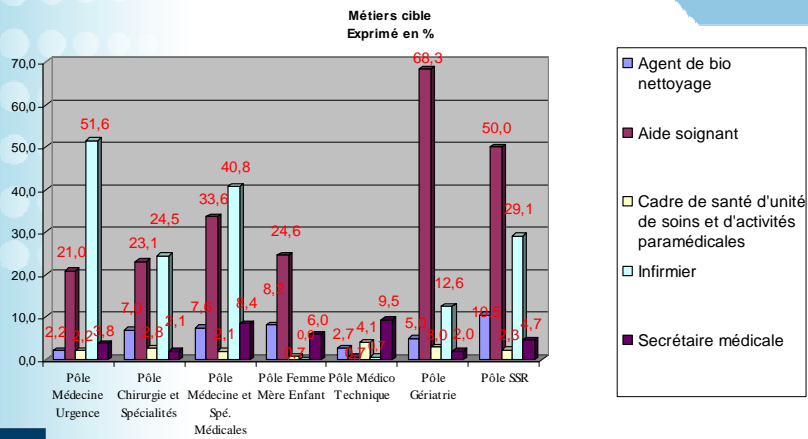




## Pôle Femme Mère Enfant

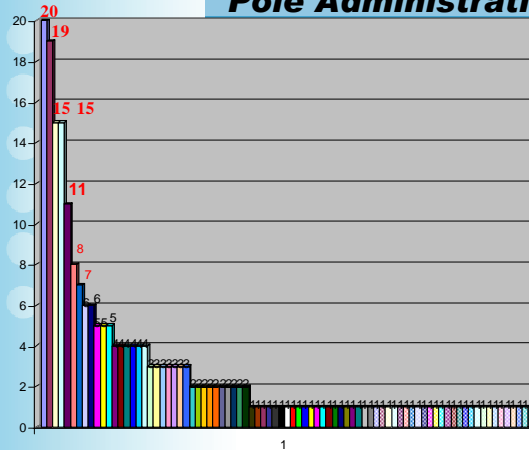


## Métiers cibles





## Pôle Administratif



- Cuisinier
- Agent d'accueil
- Agent d'administration
- Agent de logistique générale
- Assistant social
- Gestionnaire administratif du personnel
- Gestionnaire administratif des achats
- Agent de maintenance générale des bâtiments
- Secrétaire
- Agent de prévention et de sécurité incendie
- Assistante de direction
- Diététicien
- Animateur socioculturel



## Actions à venir

Intégration dans la gestion quotidienne de la dimension métier

échéance : **dès maintenant**

- ✓ Fiche de profil de poste
- ✓ Avis de mobilité [avis mobilité Agent Administration DAC.doc](#)
- ✓ ...





## Actions à venir

Comparer les activités des fiches métiers du répertoire au regard des activités réalisées au chielvr

échéance : **fin juin**

### METHODE:

- ✓ Pour les métiers largement répandus au sein de plusieurs pôles « Démarche transversale » ⇒ DPRS et cadres
- ✓ Pour les métiers identifiés au sein d'un seul pôle « Démarche identifiée » ⇒ cadre du pôle



## Actions à venir

Analyse quantitative et qualitative des données du chielvr en vue d'établir une projection à moyen et plus long terme:

échéance : **septembre**

- ✓ Démographie des métiers en particulier de ceux dits « sensibles »  
(Pyramide des âges, tendances d'évolution des métiers...)
- ✓ Taux d'encadrement
- ✓ Correspondance Métiers/Grades
- ✓ ...





## **Actions à venir**

Systeme d'Information en gestion des Ressources Humaines (SIRH)

*échéance* : **septembre**

### CONTEXTE

Appel à projet de l'ARH / montant alloué de 42 000 euros

### METHODE

✓ Etablir le cahier des charges répondant aux besoins et attentes pour le chievr

✓ Identifier et comparer logiciels existants sur le marché



✓ Solliciter les établissements pionniers dans la GPMC

***en attendant exploitation via PPUB...***

## **ANNEXE 5 :**

**Intégration de la dimension métier  
dans les processus de gestion RH**

**Elbeuf, le 23 juillet 2008**

A l'attention des cadres de pôle

**DIRECTION DU PERSONNEL  
ET DES RELATIONS SOCIALES**

Mme JOUVET

Affaire suivie par Mr PIGNY Frédéric

Elève directeur

N/Réf : VJ/FP/MD/2008.295

Objet : harmonisation des documents de gestion RH

Pièces jointes : 1 maquette accompagnée de 2 modèles

Mesdames, Messieurs,

Le Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf / Louviers / Val de Reuil s'est inscrit depuis quelques mois dans un projet de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences.

A ce jour, nous sommes en cours de finalisation de la cartographie Métiers et allons débiter l'intégration des codes métiers au sein des dossiers agents notamment au regard du référentiel V2 DHOS qui est en cours de parution.

En parallèle, nous veillons à intégrer la dimension Métier dans les processus de gestion opérationnelle à savoir notamment lors des recrutements, des affectations ou encore des avis de mobilité.

C'est pourquoi en vue de valoriser la dimension Métier dans la pratique quotidienne des Ressources Humaines d'une part, et d'harmoniser sur l'ensemble de l'établissement les documents de gestion Ressources Humaines, je vous invite à prendre connaissance et à bien vouloir respecter le modèle d'avis de mobilité suivant.

Yveline C., chargée de recrutement et de mobilité, et moi-même se tenons à votre disposition pour tous renseignements et accompagnement dans cette démarche.

Merci par avance pour votre collaboration.

Frédéric PIGNY





**AVIS DE MOBILITE N° 2008.  
1 POSTE DE**

**Réf : DPRS  
Date :  
Page : 94 / 112**

**INTITULE DU POSTE :**

- **Grade :**
- **Emploi :**
- **Affectation :**

**CONDITIONS STATUTAIRES DE RECRUTEMENT OU NIVEAU D'EXIGENCES REQUIS :**

**CONDITIONS GENERALES D'EXERCICE :**

- **Encadrement :**  
**Encadrement de proximité :**  
**Quotité de temps :**
  - ✓ Horaires de travail :
  - ✓ Week-End et Jours Fériés travaillés

**RELATIONS PROFESSIONNELLES FREQUENTES :**

- **Internes :**
- **Externes :**

**MISSIONS GENERALES :**

- 
- 
- 

**MISSIONS SPECIFIQUES :**

- 
- 

**MISSIONS TRANSVERSALES :**

- 

**COMPETENCES REQUISES :**

**SAVOIR FAIRE**

- 
- 

**SAVOIR ETRE**

- 
- 

**Poste à pourvoir pour le**

**Date limite pour faire acte de candidature le**

## **ANNEXE 6 :**

### **La nomenclature des métiers**

## NOMENCLATURE DES METIERS

Familles	Sous Familles	Métiers	Codes
10 - Soins	I - Soins infirmiers	1 - Infirmier(ère) en soins généraux	10 - I - 1
		2 - Infirmier(ère) de bloc opératoire	10 - I - 2
		3 - Infirmier(ère) en anesthésie - réanimation	10 - I - 3
		4 - Infirmier(ère) puériculteur (trice)	10 - I - 4
	G - Soins gynécologiques et obstétriques	1 - Sage-femme	10 - G - 1
	R - Soins de rééducation	1 - Diététicien (ne)	10 - R - 1
		2 - Orthophoniste	10 - R - 2
		3 - Masseur (euse) kinésithérapeute	10 - R - 3
		4 - Orthoptiste	10 - R - 4
		5 - Pédicure podologue	10 - R - 5
		6 - Ergothérapeute	10 - R - 6
		7 - Psychomotricien (ne)	10 - R - 7
	T - Soins médico-techniques	1 - Technicien (ne) d'analyse en biologie médicale	10 - T - 1
		2 - Préparateur (trice) en pharmacie hospitalière	10 - T - 2
		3 - Manipulateur (trice) en radiologie médicale	10 - T - 3
		4 - Radio-physicien (ne) en radiothérapie	10 - T - 4
		5 - Technicien (ne) circulation extracorporelle (CEC) / Perfusionniste	10 - T - 5
	P - Soutien aux patients	1 - Psychologue hospitalier (ère)	10 - P - 1
		2 - Conseiller (ère) en génétique	10 - P - 2
		3 - Conseiller (ère) conjugal	10 - P - 3
	A - Assistance aux soins	1 - Aide-soignant (e)	10 - A - 1
		2 - Socio-esthéticien (ne)	10 - A - 2
		3 - Brancardier (ère)	10 - A - 3
		4 - Assistant (e) dentaire	10 - A - 4
		5 - Auxiliaire de puéricultrice	10 - A - 5
		6 - Agent de service mortuaire	10 - A - 6
		7 - Responsable de service mortuaire	10 - A - 7
		8 - Coiffeur (euse)	10 - A - 8
	M - Management des soins	1 - Cadre responsable paramédical de pôle	10 - M - 1
		2 - Cadre responsable d'unité de soins	10 - M - 2
		3 - Cadre responsable d'unité en obstétrique	10 - M - 3
		4 - Directeur (trice) d'activités de soins	10 - M - 4
		5 - Directeur (trice) d'activités de formation aux métiers du soin	10 - M - 5
6 - Coordinateur (trice) parcours patient		10 - M - 6	
F - Formation / ingénierie de la	1 - Formateur (trice) en soins et activités paramédicales	10 - F - 1	

	formation aux soins	2 - Formateur (trice) en gynécologie / obstétrique	10 - F - 2
		3 - Formateur (trice) en management et pédagogie des soins et activités paramédicales	10 - F - 3
	H - Appareillage de personnes handicapées	1 - Audioprothésiste	10 - H - 1
		2 - Epithésiste	10 - H - 2
		3 - Oculariste	10 - H - 3
		4 - Orthopédiste - orthésiste	10 - H - 4
		5 - Podo-orthésiste	10 - H - 5
6 - Prothésiste dentaire	10 - H - 6		
7 - Orthoprothésiste	10 - H - 7		
20 - Social, éducatif et culturel, culturel, sports et loisirs	M - Management socio-éducatif	1 - Responsable des services socio-éducatifs	20 - M - 1
		2 - Responsable d'unité socio-éducative	20 - M - 2
	D - Conception et développement des projets socioéducatifs	1 - Educateur (trice) (généraliste)	20 - D - 1
		2 - Educateur (trice) jeunes enfants	20 - D - 2
		3 - Educateur (trice) technique spécialisé	20 - D - 3
		4 - Assistant (e) social (e)	20 - D - 4
		5 - Conseiller (ère) en économie sociale et familiale	20 - D - 5
	A - Accompagnement / assistance à la mise en œuvre des projets socioéducatifs	1 - Aide médico-éducatif (ve) / auxiliaire éducatif (ve)	20 - A - 1
		2 - Assistant (e) familial (e)	20 - A - 2
		3 - Avéjiste (Aide à l'activité de vie journalière)	20 - A - 3
		4 - Surveillant (e) de nuit	20 - A - 4
		5 - Auxiliaire de vie sociale	20 - A - 5
	C - Culturel, Culturel / Loisirs	1 - Aumônier	20 - C - 1
		2 - animateur (trice) socioculturel (le)	20 - C - 2
		3 - Chargé (e) des affaires culturelles	20 - C - 3
		4 - Educateur (trice) sportif (ve)	20 - C - 4
40 - Ingénierie et maintenance techniques	M - Management Ingénierie et maintenance technique	1 - Responsable des services techniques	40 - M - 1
		2 - Responsable des services biomédicaux	40 - M - 2
		3 - Responsable de la maintenance TCE	40 - M - 3
	I - Ingénierie et réalisation tous corps d'état (TCE)	1 - Conducteur (trice) d'opération tout corps d'état (TCE)	40 - I - 1
		2 - Conducteur (trice) de travaux tous corps d'état (TCE)	40 - I - 2
		3 - Dessinateur (trice) bâtiment	40 - I - 3
		4 - Chargé (e) d'études tous corps d'état (TCE)	40 - I - 4
		5 - Economiste de la construction	40 - I - 5
		6 - Projeteur (euse) tout corps d'état (TCE)	40 - I - 6
	A - Maintenance clos et couverts et aménagements intérieurs	1 - Encadrant maintenance des bâtiments (CE secondaire et VRD)	40 - A - 1
		2 - Agent de maintenance générale des bâtiments	40 - A - 2
		3 - Menuisier - agenceur	40 - A - 3
		4 - Métallier - serrurier	40 - A - 4
		5 - Maçon	40 - A - 5
		6 - Peintre en bâtiment	40 - A - 6
	S - Installation /	1 - Encadrant maintenance électrique / automatismes	40 - S - 1

	Maintenance - Matériels et systèmes électriques, électroniques et automatismes	2 - Electricien (ne) bâtiments (courants forts)	40 - S - 2
		3 - Electrotechnicien (ne) de maintenance (courants forts)	40 - S - 3
		4 - Electricien (ne) réseaux / télématique et courants faibles	40 - S - 4
		5 - Automaticien (ne) de maintenance	40 - S - 5
	B - Ingénierie et maintenance biomédicale	1 - Spécialiste en ingénierie biomédicale	40 - B - 1
		2 - Encadrant maintenance biomédicale	40 - B - 2
		3 - Technicien (ne) de maintenance des équipements biomédicaux	40 - B - 3
		4 - Responsable d'unité biomédical	40 - B - 4
	F - Exploitation, installation / maintenance - Matériels et équipements thermiques / fluides médicaux	1 - Conducteur (trice) d'installations thermiques	40 - F - 1
		2 - Encadrant installations et maintenance sanitaires, thermiques, climatiques et fluides médicaux	40 - F - 2
		3 - Monteur (euse) en installations et maintenance sanitaires	40 - F - 3
		4 - Thermicien (ne) d'installation et de maintenance	40 - F - 4
		5 - Thermicien (ne) d'installations maintenance des fluides médicaux	40 - F - 5
		6 - Frigoriste / climaticien (ne) d'installation et de maintenance	40 - F - 6
	E - Maintenance matériels et équipements mécaniques	1 - Mécanicien (ne) auto	40 - E - 1
		2 - Electromécanicien (ne) / Mécanicien (ne) / de maintenance	40 - E - 2
		3 - Encadrant maintenance des matériels de transports et de manutention	40 - E - 3
		4 - Carrossier / Peintre carrossier	40 - E - 4
	V - Espaces verts	1 - Encadrant espaces verts	40 - V - 1
		2 - Jardinier (ère)	40 - V - 2
50 - Services logistiques	M - Management, conception et gestion de la logistique	1 - Responsable logistique	50 - M - 1
		2 - Gestionnaire des stocks / approvisionneur (euse)	50 - M - 2
		3 - Gestionnaire de parc	50 - M - 3
		4 - Planificateur (trice) logistique	50 - M - 4
	A - Achats	1 - Responsable des achats	50 - A - 1
		2 - Acheteur (euse)	50 - A - 2
	L - Opérations logistiques	1 - Responsable de magasin	50 - L - 1
		2 - Magasinier (ère)	50 - L - 2
		3 - Agent de logistique générale	50 - L - 3
	T - Opérations transports	1 - Responsable transports	50 - T - 1
		2 - Ambulancier (ère)	50 - T - 2
		3 - Conducteur (trice) transport de personnes	50 - T - 3
		4 - Régulateur (trice) transports	50 - T - 4
	B - (Production) Linge / blanchisserie	1 - Encadrant blanchisserie	50 - B - 1
		2 - Agent de blanchisserie	50 - B - 2
		3 - Lingère - couturière	50 - B - 3
	R - (Production)	1 - Encadrant production culinaire / alimentaire	50 - R - 1

	Restauration / hôtellerie	2 - Agent de production culinaire / alimentaire	50 - R - 2
		3 - Agent de restauration et d'hôtellerie	50 - R - 3
		4 - Conseiller (ère) hôtelier (e)	50 - R - 4
		5 - Maîtresse de maison	50 - R - 5
		6 - Intendant (e) gestionnaire de site	50 - R - 6
60 - Qualité / Prévention et gestion des risques	Q - Qualité / Prévention et gestion des risques	1 - Spécialiste qualité / gestion des risques	60 - Q - 1
		2 - Animateur (trice) qualité	60 - Q - 2
		3 - Contrôleur (euse) des équipements techniques	60 - Q - 3
		4 - Spécialiste en pharmacovigilance hospitalière	60 - Q - 4
		5 - Chargé (e) des relations usagers / associations	60 - Q - 5
	H - Hygiène / Environnement	1 - Spécialiste Hygiène	60 - H - 1
		2 - Responsable d'équipe de bio-nettoyage	60 - H - 2
		3 - agent de bio-nettoyage	60 - H - 3
		4 - Responsable de stérilisation	60 - H - 4
		5 - Agent de stérilisation	60 - H - 5
		6 - Spécialiste Environnement	60 - H - 6
		7 - Gestionnaire déchets	60 - H - 7
	T - Santé et sécurité au travail	1 - Conseiller (ère) en prévention des risques professionnels	60 - T - 1
		2 - Médecin du travail	60 - T - 2
		3 - Ergonome	60 - T - 3
S - Sécurité des biens et des personnes	1 - Agent de prévention et de sécurité des biens et des personnes	60 - S - 1	
	2 - Responsable de la sécurité des biens et des personnes	60 - S - 2	
	3 - Agent de sécurité incendie	60 - S - 3	
	4 - Responsable sécurité incendie	60 - S - 4	
	5 - Gardien (ne) d'immeuble (s)	60 - S - 5	
70 - Systèmes d'informations	M - Management des systèmes d'information (SI)	1 - Responsable du système d'information	70 - M - 1
	D - Conception, développement et intégration des applications	1 - Chef de projet informatique maîtrise d'œuvre	70 - D - 1
		2 - Développeur (euse) informatique	70 - D - 2
		3 - Responsable des applications informatiques	70 - D - 3
	E - Expertise systèmes d'information	1 - Urbaniste / architecte fonctionnel du système d'information	70 - E - 1
		2 - Architecte technique du système d'information	70 - E - 2
		3 - Spécialiste sécurité du système d'information	70 - E - 3
	S - Support et exploitation	1 - Exploitant (e) informatique	70 - S - 1
		2 - Exploitant (e) réseau	70 - S - 2
		3 - Support / assistant (e) informatique utilisateurs	70 - S - 3
80 - Gestion de l'information	M - Management de la gestion administrative	1 - Responsable de la gestion administrative	80 - M - 1
	A - Accueil et réception des personnes	1 - Responsable de standard	80 - A - 1
		2 - Agent d'accueil	80 - A - 2

		3 - Permanencier (ère) auxiliaire de régulation médicale	80 - A - 3
	G - Gestion administrative	1 - Gestionnaire administratif	80 - G - 1
		2 - Agent d'administration	80 - G - 2
		3 - Secrétaire	80 - G - 3
	I - Gestion médico-économique et traitement de l'information médicale	1 - Secrétaire médical (e)	80 - I - 1
		2 - Encadrant des secrétaires médicaux	80 - I - 2
		3 - Technicien (ne) d'information médicale (TIM)	80 - I - 3
		4 - Analyste des données médicales	80 - I - 4
		5 - Responsable du département d'information médicale (DIM)	80 - I - 5
		6 - Economiste de la santé	80 - I - 6
		7 - Statisticien (ne)	80 - I - 7
	D - Information / Documentation	1 - Encadrant Archives	80 - D - 1
		2 - Archiviste	80 - D - 2
		3 - Documentaliste	80 - D - 3
		4 - Imprimeur (euse) / Reprographe	80 - D - 4
	T - Traduction / Transcription / Langage	1 - Infographiste	80 - T - 1
		2 - Technicien (ne) audiovisuel	80 - T - 2
		3 - Transcripteur (trice) Braille	80 - T - 3
		4 - Traducteur (trice) (dans une langue donnée)	80 - T - 4
	90 - Management, gestion et aide à la décision	M - Management général	1 - Directeur (trice) d'établissement social / médico-social
2 - Directeur des affaires générales			90 - M - 2
R - Ressources Humaines		1 - Responsable du personnel	90 - R - 1
		2 - Chargé (e) de la formation continue	90 - R - 2
		3 - Chargé (e) du développement des ressources humaines	90 - R - 3
		4 - Gestionnaire de paie	90 - R - 4
F - Finances, comptabilité		1 - Analyste financier	90 - F - 1
		2 - Gestionnaire de la trésorerie et de la dette	90 - F - 2
		3 - Responsable budgétaire et financier	90 - F - 3
		4 - Gestionnaire de comptes fournisseurs - clients	90 - F - 4
		5 - Comptable analytique	90 - F - 5
		6 - Encadrant paie / rémunération	90 - F - 6
O - Contrôle et organisation		1 - Contrôleur (euse) de gestion	90 - O - 1
		2 - Organisateur (trice)	90 - O - 2
D - Droit / juridique		1 - Conseiller (ère) juridique	90 - D - 1
		2 - Gérant (e) de tutelle	90 - D - 2
		3 - Spécialiste brevets / propriété intellectuelle	90 - D - 3
C - Communication		1 - Attaché (e) de presse	90 - C - 1
		2 - Chargé (e) de communication	90 - C - 2
		3 - Journaliste d'entreprise	90 - C - 3
	4 - Webmestre éditorial	90 - C - 4	

## **ANNEXE 7 :**

**Note d'information sur la saisie des codes métiers**



## **A l'attention des agents gestionnaires chargés de la saisie des codes métiers.**

Bonjour,

A l'aune du document de travail concernant le référentiel des métiers (version 2) de la DHOS et du document initial de Marc Heim sur la démarche de saisie des codes métiers dans les dossiers agents, je vous remercie de bien vouloir prendre en compte les informations suivantes :

### **1/ Contexte (doc de M.Heim)**

Aujourd'hui, les fonctions dans P-Pub sont fortement corrélées avec le grade des agents. L'objectif de la Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences est désormais de parler en termes de métier. Ce métier est lié à l'agent et non pas au grade. Ainsi, si chaque agent conserve son grade comme jusqu'à présent, on va désormais lui associer un nom de métier.

Pour fonctionner en mode GPMC et en attendant le nouveau logiciel de Ressources Humaines, il s'agit d'inclure dans P-Pub le métier au dossier agent. Pour ce faire, il faut modifier la codification existante en utilisant la fonction comme porte d'entrée (seul champ susceptible d'être modifiable).

La liste des fonctions va donc évoluer selon les métiers du répertoire de la fonction publique hospitalière et sera de ce fait préalablement mise à jour.

Nous avons été obligés de créer une nouvelle codification à 4 chiffres car la zone de saisie dans « Fonction » ne nous permet pas d'en mettre 5.

Sur chaque fiche agent apparaîtra donc au final un code métier à 4 chiffres.

### **2/ La saisie**

Il convient d'effectuer la saisie pour l'ensemble des agents de l'établissement c'est-à-dire les agents titulaires, stagiaires mais également contractuels 641-3 et 641-5.

Les agents dans le cadre de la CIRE, d'Etudes Promotionnelles seront recensés ultérieurement.

Toutefois il doit être priorisé, dans un objectif de recueil de données, dans un premier temps la saisie des agents titulaires et stagiaires avec une date limite au 20 septembre.

Merci de faire remonter à Madame Juvet ou à moi même toutes difficultés ne permettant pas de répondre à cet impératif.

### **3/ La procédure**

Elle est détaillée sur les différentes planches que vous trouverez en annexes.

Toutefois j'attire votre attention sur deux points :

- la nécessité éventuelle de créer une ligne
- la date de référence est le 01/01/2008 et donc pas sur l'année 2007

Merci par avance de votre collaboration

Frédéric PIGNY, Elève Directeur (poste 3603)