

# LES MÉTIERS DU SECTEUR SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

DES MÉTIERS EN DÉVELOPPEMENT

UN DOMAINE À DÉCOUVRIR

LES RÉFÉRENTIELS *DES MÉTIERS CADRES*



ON N'A PAS TROUVÉ MIEUX POUR TROUVER MIEUX

## Les Référentiels des métiers cadres sont une publication de l'Apec.

Les **Référentiels des métiers cadres** sont des outils destinés aux étudiants, aux jeunes diplômés, aux cadres et aux acteurs des ressources humaines.

Ils permettent

- de mieux connaître et faire connaître les métiers cadres d'une fonction, d'un secteur ou d'un domaine en évolution au moyen de **fiches métiers**,
- d'identifier les **entreprises** où s'exercent ces métiers,
- de fournir des **informations pratiques** permettant au lecteur d'aller plus loin dans la recherche d'un emploi ou pour pourvoir un poste.

Ils sont réalisés à partir de l'analyse

- des offres d'emploi confiées à l'Apec,
- d'interviews de recruteurs, de DRH, de responsables opérationnels et de cadres,
- de rencontres entre professionnels.

Dans la même collection

- Les métiers de l'immobilier
- Les métiers de la logistique et du transport
- Les métiers du multimédia
- Les métiers de l'environnement
- Les métiers de la finance et de la comptabilité
- Les métiers des fonctions commerciale et marketing
- Les métiers de l'agroalimentaire
- Les métiers de l'assurance
- Les métiers des ressources humaines
- Les métiers des télécoms
- Les métiers de l'informatique
- Les métiers de la fonction achats

### Les métiers du secteur sanitaire, social et médico-social.

Cet ouvrage est créé à l'initiative de l'Apec, Association pour l'emploi des cadres, régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901. Il s'agit d'une œuvre collective, l'Apec en a la qualité d'auteur.

Ont participé à son élaboration :

Au Département Études et Recherche de l'Apec :

**Brigitte Bos**, manager du Pôle études,

**Sylvie Delattre**, responsable des Études métiers,

**Karen Ortega**, chargée d'études.

Cette étude a été menée avec l'appui d'UNIFAF (Fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale du secteur privé à but non lucratif) pour ce qui concerne le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif.

**Geste** : Groupe d'études sociales, techniques et économiques

Septembre 2006

# LES MÉTIERS DU SECTEUR SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

DES MÉTIERS EN DÉVELOPPEMENT

UN DOMAINE À DÉCOUVRIR

LES RÉFÉRENTIELS *DES MÉTIERS CADRES*



# SOMMAIRE

## INTRODUCTION ■

### ENTREPRISES ET CADRES DU SECTEUR SANITAIRE SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL ■

Les acteurs du secteur	—	p. 8
Les évolutions du secteur	—	p. 13
Les évolutions des métiers cadres	—	p. 17

## LES FICHES MÉTIERS ■

### Les cartographies

Par famille de métiers	—	p. 28
Par durée d'expérience	—	p. 29

### Les métiers cadres du secteur sanitaire

N°1 – Directeur d'hôpital, directeur de clinique	—	p. 33
N°2 – Médecin chef de service	—	p. 39
N°3 – Médecin praticien	—	p. 45
N°4 – Cadre de santé, chef de service paramédical	—	p. 51
N°5 – Pharmacien	—	p. 57
N°6 – Directeur des soins infirmiers	—	p. 63

### Les métiers cadres du secteur social et médico-social

N°7 – Directeur général d'association	—	p. 69
N°8 – Directeur d'un service de soins et/ou d'aide à domicile	—	p. 75
N°9 – Directeur de maison de retraite	—	p. 79
N°10 – Directeur d'établissement/service pour adultes ou enfants handicapés	—	p. 85
N°11 – Directeur d'établissement/service de travail protégé pour adultes handicapés	—	p. 91
N°12 – Directeur d'établissement/service pour enfants et adolescents en difficulté	—	p. 97
N°13 – Directeur d'établissement/service pour adultes et familles en difficulté	—	p. 103
N°14 – Directeur d'établissement/service d'accueil de jeunes enfants	—	p. 109
N°15 – Psychologue	—	p. 113
N°16 – Chef de service éducatif	—	p. 117
N°17 – Responsable d'un service de tutelle	—	p. 121

### Les métiers de gestion et d'organisation

N°18 – Responsable administratif et financier	—	p. 129
N°19 – Directeur des ressources humaines	—	p. 135
N°20 – Responsable qualité	—	p. 141
N°21 – Responsable logistique, technique, informatique, maintenance	—	p. 147
N°22 – Responsable hôtelier	—	p. 153

## **Les métiers de la formation**

N°23 – Directeur d'établissement de formation	— p. 159
N°24 – Formateur, responsable pédagogique	— p. 165

## **POUR ALLER PLUS LOIN ■**

Associations et fédérations professionnelles	— p. 173
Établissements de formation	— p. 176
Publications	— p. 178
Sites Internet	— p. 180

## **ANNEXES ■**

Abréviations et sigles	— p. 183
Lexique	— p. 185



---

# INTRODUCTION

---

En France, la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 reconnaît à toute personne « le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ». L'action sanitaire et sociale déployée dans notre pays se donne ainsi pour objectif de répondre à ce droit universel, selon un double principe de solidarité et d'égalité de tous dans l'accès aux soins et aux services sociaux.

Pour atteindre cet objectif, le secteur sanitaire, social et médico-social mobilise un grand nombre de professionnels, aujourd'hui environ 2,6 millions de personnes (secteurs public et privé), dont près de 300 000 cadres et professions libérales. (Source : INSEE). Ceux-ci exercent dans près de 35 000 établissements et services qui maillent notre territoire, au plus près de la demande des différents publics ciblés (patients, enfants ou familles en difficulté, personnes handicapées, personnes âgées...).

Depuis une dizaine d'années, les créations d'établissements et de services ont été nombreuses, à l'exception du secteur hospitalier, qui connaît un phénomène de concentration en raison de la diminution du nombre de ses établissements.

Parallèlement, les effectifs salariés se sont considérablement développés dans l'ensemble des activités.

Dans ce contexte, le secteur est doté de budgets toujours croissants (près de 10% du PIB aujourd'hui), obligeant les pouvoirs publics à prendre des mesures de réduction et de maîtrise des coûts et donc d'optimisation des services rendus. Ces contraintes se traduisent par des transformations organisationnelles, des modifications dans les méthodes et les procédures de travail. Le secteur sanitaire, notamment, doit intégrer des évolutions technologiques très rapides et toujours plus performantes.

Ces évolutions impliquent que les activités soient exercées par un personnel qualifié, ayant acquis des compétences spécifiques et un grand professionnalisme. La professionnalisation des salariés du secteur est un des enjeux majeurs qui se posent au secteur sanitaire et social. Tout en s'acquérant aussi par l'expérience professionnelle, cette exigence génère des besoins importants en formation.

Pour répondre à ces défis, la place et le rôle des cadres ont dû sensiblement évoluer. Ils sont désormais soumis à des contraintes de gestion identiques à celles des cadres d'autres secteurs d'activité du fait des mesures de rationalisation des dépenses.

L'augmentation importante des effectifs du secteur a multiplié les besoins d'encadrement, d'animation et de coordination d'équipes ; on estime que le secteur crée environ 6 000 emplois cadres par an. Il faut enfin souligner que se pose la question du renouvellement des cadres de la génération du baby-boom, notamment celui de nombreux directeurs d'établissement.

Au regard de ces enjeux majeurs, l'Apec et UNIFAF (Fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale du secteur privé à but non lucratif) ont souhaité mener une étude sur les principaux métiers cadres du secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif. Cependant, les métiers présentés dans le document concernent l'ensemble du secteur (public, privé, lucratif et non lucratif).

Les 24 fiches proposées concernent les fonctions de direction, d'encadrement d'équipes ou de coordination spécifiques au secteur, lesquelles sont aujourd'hui confrontées à des problèmes de même nature, quels que soient les types d'établissements, de services ou de statuts qui s'y rattachent : élaboration et gestion de projets, renouvellement des équipes, professionnalisation, ouverture vers d'autres profils, évolution, voire transformation des métiers, besoins cruciaux en formation, fidélisation des personnels... Ont été également étudiées plusieurs fonctions émergentes dans le secteur, telles que le responsable qualité/gestion des risques ou encore le responsable de pôle dans le secteur sanitaire.

Ces fiches métiers, complétées par des témoignages de professionnels, permettront aux jeunes diplômés, aux cadres et aux acteurs des ressources humaines de se situer dans un secteur en pleine évolution.



---

# ENTREPRISES ET CADRES DU SECTEUR SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

---

- LES ACTEURS DU SECTEUR
- LES ÉVOLUTIONS DU SECTEUR
- LES ÉVOLUTIONS DES MÉTIERS CADRES

# LES ACTEURS DU SECTEUR SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

De l'édiction des politiques de santé ou des politiques sociales à leur mise en œuvre et à leur contrôle, de

nombreux acteurs interviennent dans le secteur sanitaire, social et médico-social.

## UN PILOTAGE INSTITUTIONNEL TRIPLE

Le législateur joue un rôle prépondérant dans la définition des politiques sanitaires ou sociales du pays : des lois, des décrets d'application ou des ordonnances encadrent très précisément les institutions, les organisations et les professions. Citons par exemple la loi hospitalière de 1991, la loi de 2002 dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, les décrets de compétence.

L'État, garant du bien-être et de l'égalité en droits des individus face aux inégalités économiques et sociales, définit les grandes orientations de politique sanitaire et d'action sociale du pays. À l'échelon territorial, ce sont les préfets et les services déconcentrés de l'État (les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, respectivement DRASS et DDASS) qui assurent leur pilotage ainsi que le contrôle du respect de la réglementation dans les établissements et services.

Cette décentralisation progressive du système de santé (lois de décentralisation de 1982 et 2003) s'est aussi traduite par une diminution des prérogatives de l'État dans le secteur public. Celui-ci conserve toutefois cer-

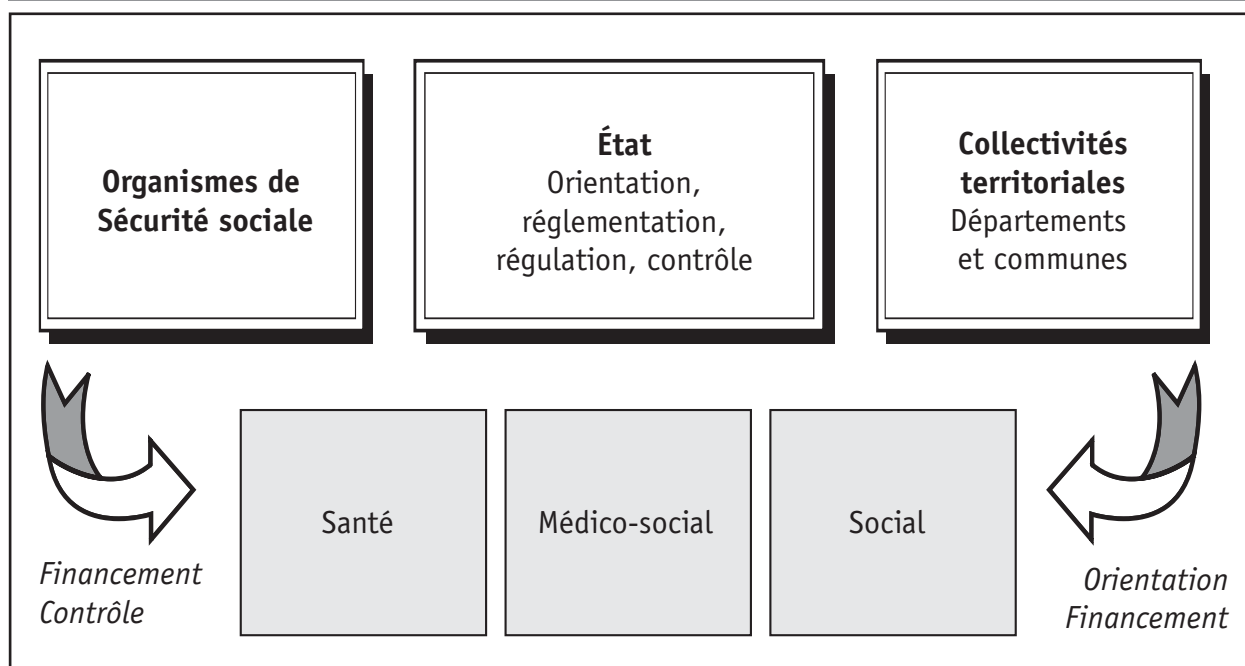
taines missions, comme celles qu'exercent les DDASS et les DRASS.

Par ailleurs, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont les relais régionaux de l'État en matière de politique hospitalière.

Dans le champ spécifique des politiques sociales, les lois de décentralisation successives ont transféré aux collectivités territoriales les compétences en matière d'action sociale. Les conseils généraux sont ainsi désormais les « chefs de file » des politiques sociales en direction des publics concernés. Les communes interviennent à l'échelon local à travers les CCAS (centres communaux d'action sociale).

Enfin, les organismes de Sécurité sociale, notamment les caisses d'assurance maladie, les caisses « complémentaires », les caisses de retraite et la Caisse nationale de solidarité, assurent la majeure partie du financement du secteur sanitaire et une partie du budget de l'action médico-sociale et sociale.

### LE PILOTAGE INSTITUTIONNEL



## ■ TROIS GRANDS STATUTS JURIDIQUES POUR LES OPÉRATEURS DU SECTEUR

Au fil du temps, des évolutions juridiques et des réformes successives, le secteur sanitaire, médico-social et social s'est progressivement constitué autour de trois statuts juridiques : public, privé à but non lucratif et privé commercial.

À chacun de ces statuts correspondent des missions (notamment par rapport au service public), des modes de financement, de gestion et d'organisation souvent éloignés les uns des autres. Les personnels de ces établissements relèvent de statuts et de dispositifs conventionnels différents, ce qui entraîne des disparités dans les gestions sociales.

### **Le secteur public**

Dans le champ sanitaire, la majorité des hôpitaux publics, dont le personnel hospitalier appartient à la fonction publique hospitalière, sont des établissements publics à caractère administratif ou des établissements gérés par des syndicats intercommunaux. Ils sont financés par l'assurance maladie suivant des mécanismes qui ont subi d'importants changements depuis 2005 (passage du budget global à la tarification à l'activité), ce qui a entraîné des évolutions de fond dans les modes de gestion et le travail d'une grande partie des cadres.

Les collectivités territoriales, en particulier les conseils généraux et les centres communaux d'action sociale, ont des compétences particulières en matière d'action sociale (aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile, gestion du RMI...). Les personnels des services sociaux des départements et des communes relèvent de la fonction publique territoriale.

### **Le secteur privé non lucratif**

Les établissements et services du secteur privé non lucratif sont gérés par des associations. Les établissements gérés par les mutuelles appartiennent également à ce secteur.

Le privé non lucratif joue un rôle très important dans le secteur médico-social (par exemple la quasi-totalité des établissements pour enfants ou adultes handicapés ont ce statut) et représente 15% environ du secteur sanitaire, que ce soit en termes d'effectifs, de budget ou d'activités. Il est également largement dominant dans le secteur social.

De par l'histoire de ce secteur, les personnels relèvent de quatre grandes conventions collectives plus ou moins proches du statut de la fonction publique hospitalière et qui structurent assez différemment les conditions d'emploi des salariés.

### LES CONVENTIONS COLLECTIVES DE LA BRANCHE SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE PRIVÉE À BUT NON LUCRATIF

#### PREMIERS ÉTABLISSEMENTS SIGNATAIRES

#### CONVENTION COLLECTIVE

##### Établissements de la FEHAP

*(Fédération des établissements hospitaliers et d'assurance privés à but non lucratif)*

Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951

##### Établissements de la FEGAPEI

*(Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales),*

##### du SNASEA et du SOP

*(syndicats des organismes privés sanitaires et sociaux à but non lucratif)*

Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966

##### Établissements de la FNCLCC

*(Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer)*

Convention nationale collective des centres de lutte contre le cancer du 1<sup>er</sup> janvier 1999

##### Établissements de la Croix-Rouge française

Accord portant révision de la convention collective du personnel salarié de la Croix-Rouge française du 3 juillet 2003

## Le secteur privé lucratif

Ce secteur est surtout présent dans les établissements de court séjour ou cliniques (notamment sur le créneau de la chirurgie) et pour personnes âgées (dépendantes

ou non). Il commence à se positionner dans les services d'aide à domicile.

Les personnels relèvent du droit privé et une convention collective unique leur est applicable depuis 2002.

### LES ÉTABLISSEMENTS ET LES SERVICES SELON LEUR STATUT JURIDIQUE

Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Hôpitaux (court, moyen et long séjour)	Hôpitaux privés (PSPH)	Médecine du travail
Hôpitaux spécialisés	Établissements et services d'accueil pour enfants, adolescents ou adultes handicapés	Mutuelles
Maisons de retraite	Établissements et services d'accueil pour enfants, adultes et familles en difficulté	Cliniques
Dispensaires ou centres de soins	Services de soins, d'aide et d'intervention à domicile	Maisons de retraite (EHPA, EHPAD)
Centres communaux d'action sociale	Maisons de retraite (EHPA [établissement d'hébergement pour personnes âgées] et EHPAD [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes])	Foyers-logements
Caisses d'assurance maladie	Foyers-logements	Services d'aide et d'intervention à domicile
	ESAT (établissements et services d'aide par le travail), ex-CAT (centres d'aide par le travail)	Médecine de ville

## ■ UNE GRANDE DIVERSITÉ D'ACTEURS SELON LE CHAMP D'INTERVENTION

Au-delà de leur statut juridique, les établissements et services du secteur peuvent aussi être appréhendés selon leur finalité (soins, aide aux difficultés sociales, prise en charge de la dépendance...) et selon les publics auxquels ils s'adressent (par exemple, les personnes malades, âgées, handicapées, les personnes ayant des difficultés sociales).

### Le domaine sanitaire

Près de 1 000 établissements publics classés en quatre catégories selon leurs missions pourvoient aux soins hospitaliers de la population :

- les centres hospitaliers régionaux (CHR). Situés dans les villes très importantes, ils offrent, en plus des services habituels et spécialisés, des services hautement spécialisés (neurochirurgie, centre antipoison...).
- les centres hospitaliers universitaires (CHU). Ils font partie des CHR, dont ils se différencient par une mission supplémentaire de recherche et d'enseignement. De ce fait, les cadres qui y travaillent sont souvent associés à des travaux d'enseignement.
- les centres hospitaliers (CH). Leurs missions principales recouvrent les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires.

- les hôpitaux locaux. Ces établissements de proximité disposent d'un plateau technique conséquent et sont le pivot du réseau local de soins. À ce titre, ils assurent la coordination et l'organisation des soins entre le domicile, la médecine de ville, les alternatives à l'hospitalisation et les établissements de santé dispensant des soins spécialisés.

Le secteur sanitaire privé lucratif ou non est quant à lui composé de trois types d'établissements (au nombre de 1 650 environ) qui se différencient par leurs missions:

- les centres de court séjour. Répartis sur le territoire national, ils accueillent les patients lors de la phase aiguë de leur maladie (en moyenne cinq à huit jours).
- les centres de soins de suite et réadaptation. Dits de moyen séjour, ils dispensent les soins ou traitements continus des malades après la phase aiguë. Ils regrou-

pent les établissements de cure médicale, de convalescence, de réadaptation, de postcure.

- les établissements psychiatriques. Ce sont des établissements de soins, spécialisés dans l'étude et le traitement des maladies mentales et des troubles psychiques.

Le secteur sanitaire recouvre aussi les soins de ville qui assurent des prises en charge hors de l'hôpital. Il s'agit, par exemple, des généralistes ou spécialistes installés en ville, mais également des pharmacies d'officine, des laboratoires d'analyse, des centres de soins infirmiers ou des kinésithérapeutes.

Enfin, un certain nombre d'entités qui ont une activité plus ou moins spécialisée ou réglementée (la médecine du travail, par exemple) sont également rattachées au secteur sanitaire.

## LES PRINCIPAUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DU SECTEUR SANITAIRE

### Hospitalisation

Établissements publics	Établissements privés	Soins dits de ville	Autres services divers
Centres hospitaliers régionaux (CHR) ou universitaires (CHU)	Hôpitaux ou centres de court séjour (dont les cliniques)	Médecins généralistes et spécialistes en cabinet libéral	Centres de prévention et de diagnostic Médecine du travail
Centres hospitaliers (CH) Hôpitaux locaux	Centres de soins de suite et de réadaptation	Dentistes Pharmacies d'officine	Médecine sociale Médecine scolaire
Centres hospitaliers spécialisés (CHS)	Établissements psychiatriques	Laboratoires d'analyses Centres de radiologie Centres de soins infirmiers Cabinets paramédicaux (kinésithérapeutes...)	Centres mutualistes

### Le domaine médico-social et social

Environ 30 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux sont implantés sur le territoire national. D'une très grande diversité, leur intervention est généralement ciblée sur une mission et des publics spécifiques, mais l'utilisateur peut être pris en charge ou accompagné par plusieurs services ou établissements s'il cumule les difficultés. Par exemple, une personne suivie

dans un CMP (centre médico-psychologique) pour des troubles psychiques peut aussi l'être par un CCAS (centre communal d'action sociale) si elle rencontre des problèmes de logement; une personne âgée dépendante en maison de retraite peut être mise sous tutelle avec intervention d'un service tutélaire. Les besoins en coordination sont donc importants et les professionnels doivent être capables d'assurer une certaine transversalité dans le suivi de la prise en charge de la personne.

LES PRINCIPAUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

	Handicap mental, moteur, sensoriel		Difficultés sociales			
	Enfants et adolescents	Adultes	Enfants et adolescents	Adultes	Personnes âgées	Accueil de la petite enfance
<b>Établissements d'accueil</b>	Centres d'action médico-sociale précoce Centres médico-psycho-pédagogiques Établissements d'éducation sensorielle pour déficients visuels et déficients auditifs Établissements d'éducation spécialisée pour enfants polyhandicapés ou autistes Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) Instituts d'éducation sensorielle pour sourds-aveugles Instituts médico-éducatifs Instituts médico-pédagogiques Instituts médico-professionnels Foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés	Entreprises adaptées, ateliers protégés Établissements et services d'aide par le travail (ESAT/CAT) Foyers de vie ou foyers occupationnels Foyers d'accueil médicalisés (FAM) Maisons d'accueil spécialisées (MAS) Centres de pré-orientation	Centre d'action médico-sociale Services de prévention spécialisée Maisons d'enfants à caractère social Établissements d'accueil mères et enfants Villages d'enfants	Centres d'accueil de demandeurs d'asile Centres d'adaptation à la vie active Centres d'hébergement d'urgence Centres d'hébergement et de réinsertion sociale Foyers de jeunes travailleurs Résidences sociales	Établissements hébergeant des personnes âgées Établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes Foyer-logements Résidences pour personnes âgées	Crèches collectives Crèches familiales ou à domicile Haltes-garderies Jardins d'enfants
<b>Services</b>	Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile	Services d'aide et d'accompagnement à domicile Service d'accompagnement à la vie sociale Services d'accueil médicalisé et de soins pour adultes handicapés Services polyvalents d'aide et de soins à domicile	Services d'action éducative en milieu ouvert Services d'enquêtes sociales Services de réparation pénale Services d'investigation et d'orientation éducative Services d'accueil d'urgence et de prévention Services de protection maternelle et infantile	SAMU social Service social spécialisé ou polyvalent Services tutélaires	Services d'aide et d'intervention à domicile Services à la personne CLIC (centres locaux d'information et de coordination gérontologique)	

Nomenclature actualisée en mai 2006.

---

# LES ÉVOLUTIONS DU SECTEUR SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

---

Si l'environnement sanitaire et social fait aujourd'hui partie de notre quotidien, il ne faut pas oublier qu'il est le fruit d'une construction historique marquée par de profondes évolutions au fil des années.

Le secteur sanitaire et social s'est profondément transformé depuis une vingtaine d'années pour des raisons économiques, politiques et législatives. La crise de l'emploi et le chômage ont généré, depuis les années 80, une «pauvreté de masse» entraînant l'exclusion d'une fraction de la population active. Parmi les autres facteurs qui ont contribué à transformer les problèmes sociaux, citons l'évolution de la composition des familles, le vieillissement de la population ou encore

les phénomènes de ségrégation géographique... avec pour conséquence une demande sociale de plus en plus forte auprès des acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social.

Parallèlement, la décentralisation et les politiques de « modernisation des services publics » ont largement contribué, depuis une quinzaine d'années, à remodeler le paysage institutionnel et professionnel du secteur.

Soumis à des réformes successives, le secteur sanitaire, social et médico-social s'inscrit ainsi dans un paysage législatif et institutionnel en constante évolution.

## DES ÉVOLUTIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DU SECTEUR

### *Une nouvelle approche du patient ou du résident*

La notion de «client» est de plus en plus présente dans les hôpitaux, dans les structures hébergeant des personnes âgées et dans les services d'aide à la personne. Cette nouvelle sémantique participe de la volonté des pouvoirs publics d'appréhender la personne prise en charge comme une personne capable d'exercer son libre arbitre (dans la limite du possible), de participer aux décisions la concernant et pouvant aussi exiger le respect de sa vie privée, une qualité de l'accueil, du confort et des soins (par exemple le droit au soulagement de la douleur ou à la sécurité sanitaire).

Ce respect des droits individuels est désormais inscrit dans la loi, que ce soit dans le secteur sanitaire (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) ou dans le secteur social et médico-social (loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale).

Une Charte des droits et libertés de la personne accueillie doit être obligatoirement affichée dans tous les établissements et services. Un livret d'accueil présentant l'établissement, l'activité, les prestations et les services proposés ainsi qu'un règlement de fonctionnement doivent aussi être remis à l'utilisateur. Dans les établissements sociaux et médico-sociaux est également instauré un Conseil de la vie sociale ouvert aux personnes accueillies et aux familles.

Ces nouvelles dispositions impliquent bien sûr une gestion suivie et la transparence des informations individuelles, une prise en charge globale de la personne et une plus grande coopération entre acteurs internes ou externes à l'établissement.

### *Vers toujours plus de qualité*

Les démarches qualité sont au cœur des stratégies d'établissement depuis de nombreuses années déjà. Elles s'appellent accréditation pour les établissements sanitaires, certification pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et les établissements d'aide par le travail, labellisation pour les services d'aide à la personne. Dans tous les autres établissements sociaux et médico-sociaux, la loi du 2 janvier 2002 a également impulsé une dynamique d'amélioration continue de la qualité du service rendu aux usagers.

Ces politiques de qualité conditionnent dans certains cas les niveaux de financement alloués à l'établissement.

La qualité concerne tous les aspects associés au fonctionnement des établissements et des services: la prise en charge de la personne (accueil, soins de tous types, prestations diverses...), les procédures de travail et l'organisation, les modes de gestion des salariés, les relations avec les familles et les partenaires.

### *Le développement du travail en réseau et de la coopération*

L'ouverture des établissements et des services sur leur environnement, quel que soit leur champ d'intervention, et la coopération entre acteurs est devenue incontournable du fait des problèmes des personnes, de plus en plus souvent multiples (sociaux, sanitaires, éducatifs...).

D'ailleurs, l'inscription des hôpitaux dans des réseaux de santé ouverts à l'ensemble des acteurs (médecins de ville, médecins du travail, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales...) est réglementaire.

De la même façon, les réseaux gérontologiques se développent, permettant de favoriser les complémentarités entre les professionnels, les institutions et les services dédiés aux personnes âgées (SSIAD [service de soins infirmiers à domicile], SAD [service d'aide à domicile], EHPA [établissement pour personnes âgées], EHPAD [établissement pour personnes âgées dépendantes], CCAS [centre communal d'action social], médecins libéraux, infirmiers libéraux, etc.).

Le travail en réseau, exigeant et difficile à mettre en place, a pour objectif la prise en charge et le suivi de la personne dans sa globalité. Il est fréquemment formalisé par des conventions de partenariat entre établissements.

### *Une pression administrative croissante*

Tous les établissements sont soumis à des réformes tarifaires, des réglementations de fonctionnement, des exigences d'évaluation, de reporting de l'activité de plus en plus ressenties par les dirigeants et les cadres comme une pression administrative très forte. Cela se traduit au quotidien par un temps de plus en plus consacré à des tâches administratives, à de nombreuses réunions, voire même pour certains à des formations pour assimiler les nouveaux concepts ou les nouvelles logiques d'action. De nombreux responsables mentionnent le risque de voir ces tâches nouvelles s'accomplir au détriment des usagers eux-mêmes, aboutissant ainsi à un effet contraire à celui souhaité par les initiateurs de ces réformes.

## ■ DES MUTATIONS PROFONDES PROPRES AU SECTEUR SANITAIRE

Le système d'assurance maladie français garantit une couverture sociale élevée et se caractérise par des indicateurs de qualité sanitaire satisfaisants. En contrepartie, son coût est élevé et les dépenses de santé ne cessent de croître. Par ailleurs, le vieillissement de la population augmente la demande de soins, et est donc un facteur de croissance des dépenses de santé.

Dès lors, les pouvoirs publics se sont engagés dans un processus de régulation des dépenses et d'optimisation de l'offre de soins, sachant que depuis 1996, ce sont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui gèrent les ressources allouées aux établissements de santé.

### *Le Plan hôpital 2007 : de nouveaux enjeux pour les établissements de santé*

La réforme hospitalière instaurée dans le cadre du Plan hôpital 2007 (élaboré en 2003) est à la fois financière et organisationnelle. Nous n'en donnerons que les aspects les plus marquants.

Sur le plan du financement, la réforme dite T2A instaure la **tarification à l'activité** pour les hôpitaux publics et privés sans but lucratif en remplacement de la dotation globale. Cette harmonisation des modes de financement de tous les établissements sanitaires (ce système était déjà celui des cliniques privées) devrait favoriser les rapprochements et la coopération entre public et privé, et la recomposition de l'offre hospitalière. La T2A devrait aussi encourager le développement d'outils de pilotage et de systèmes de suivi de gestion, et donc renforcer la fonction de **contrôle de gestion**.

Cette réforme simplifie aussi l'organisation sanitaire en mettant en place un nouveau modèle de schéma régional d'organisation sanitaire, dit **SROS troisième génération**. Ces schémas intègrent la notion de territoire de santé et doivent faciliter la prise en charge coordonnée non seulement sanitaire, mais aussi sociale et médico-sociale de la population.

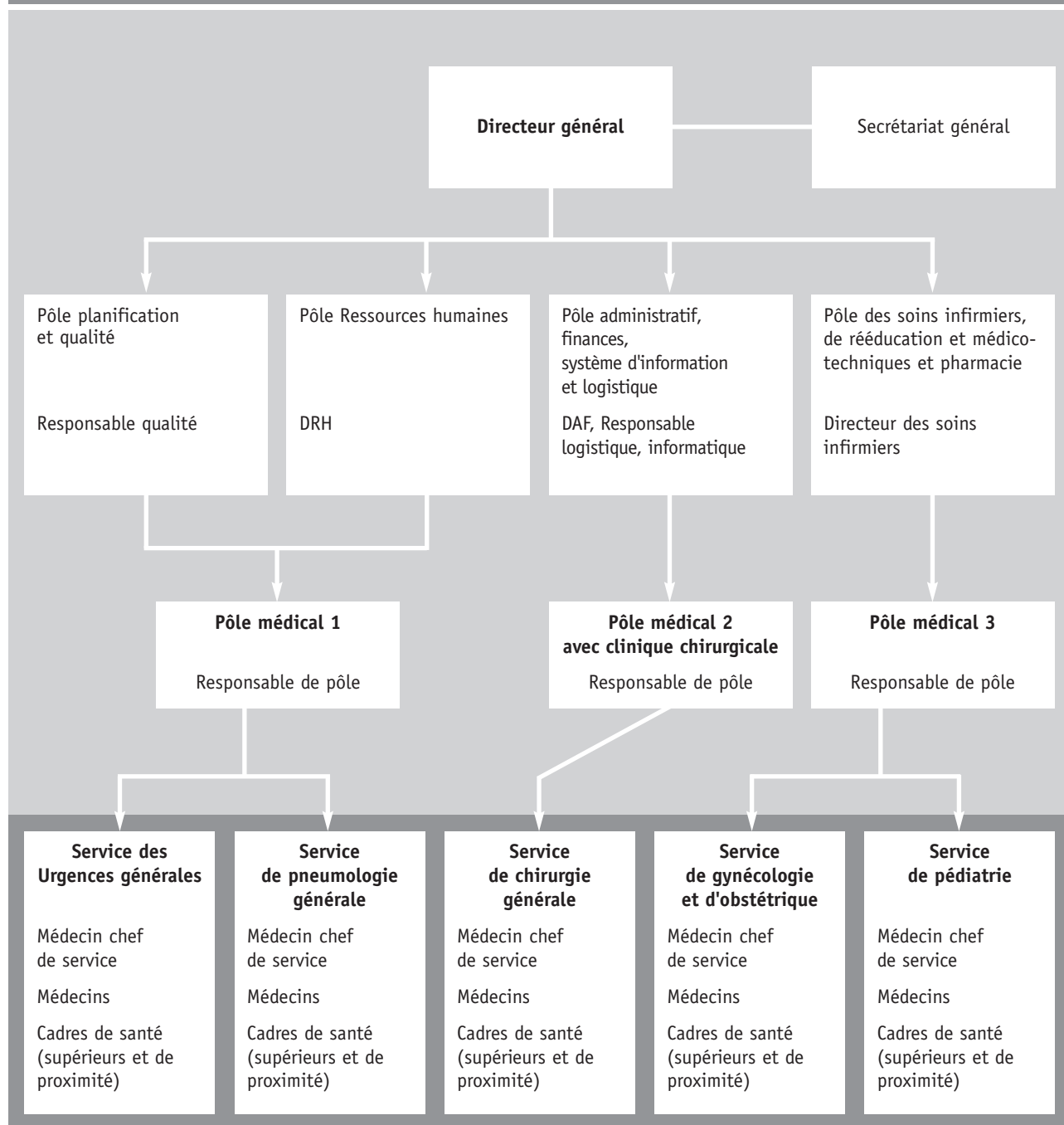
Enfin, une réforme de l'organisation interne de l'hôpital est en cours. Un premier volet consiste en la **création de pôles d'activité** ayant pour objectif de regrouper des services selon une logique de pathologie (oncologie...), de discipline (médecine...), de population (personnes âgées...) et donc de décloisonner les organisations médicales.

Le second volet vise à associer les directeurs d'hôpitaux et les médecins pour un pilotage commun des établissements, ce qu'on appelle la « gouvernance hospitalière ». La gestion des budgets et des personnels se fait dorénavant par pôle, chaque responsable passant un contrat d'objectifs et de moyens avec la direction de l'établissement sanitaire. Toutes ces mesures contribuent aux changements « culturels » au sein de l'hôpital.

Avec ces réformes, comment seront organisés les hôpitaux de demain ?

L'organigramme présenté à titre d'exemple est celui d'un établissement du secteur privé non lucratif : il met en évidence le regroupement de services en pôles et la coopération entre des services qui pourraient appartenir à des établissements différents.

## ORGANIGRAMME TYPE D'UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE DU SECTEUR PRIVÉ NON LUCRATIF



### **La nouvelle réforme de l'assurance maladie et ses mesures d'économies**

La réforme du 1<sup>er</sup> janvier 2005, renforcée en 2006, a pour objectif de « soigner mieux en dépensant mieux ».

Les principales mesures pouvant affecter les pratiques des professionnels de la santé sont la création d'un dossier médical personnel permettant de mieux suivre le parcours médical des patients et le choix d'un médecin traitant, pivot dans le suivi et l'orientation du patient.

## LA RÉNOVATION DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Depuis les années 70, les besoins sociaux se sont accrus et diversifiés, pour des raisons démographiques (vieillesse de la population), sociologiques (travail des femmes, transformation des liens familiaux et sociaux), économiques (chômage de masse, précarisation), politiques (accès aux droits sociaux). Ils sont aussi devenus

plus complexes, une même personne cumulant souvent des problèmes sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Pour répondre à une demande sociale multiforme, de profonds changements ont été impulsés dans le secteur social et médico-social.

## ***Le département : pilote et financeur de l'action sociale***

Les lois de décentralisation de 1982, puis vingt ans après, les textes connus sous la dénomination « Acte II » ont territorialisé les politiques publiques sociales.

Tout en restant régis par la loi, les dispositifs en matière d'aide et d'action sociale sont ainsi maintenant gérés par le conseil général, qui est devenu le véritable chef d'orchestre des politiques sociales, et les prestations d'aide sociale sont à la charge du département. Tel est le cas de l'aide sociale à l'enfance, du RMI et du RMA, de l'APA (allocation personnalisée autonomie), du Fonds d'aide aux jeunes, du Fonds solidarité logement...

Cette décentralisation donne ainsi aux conseils généraux un rôle de pilote et de coordonnateur des multiples acteurs œuvrant dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, nécessitant un renforcement des équipes d'action sociale dans les collectivités territoriales.

## ***Deux lois actant les évolutions du secteur médico-social et social***

La loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale est venue encadrer ces multiples évolutions dans le secteur lui-même et dans l'exercice de ses métiers. En effet, cette loi modifie en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et des services sociaux et médico-sociaux prenant en charge des publics fragilisés (enfance et familles en difficulté, personnes handicapées, personnes âgées, personnes en situation de précarité et d'exclusion).

D'autres dispositions, comme l'affirmation des droits des usagers, la planification sociale et médico-sociale et la mise en place de dispositifs d'évaluation de la qualité, ou encore l'instauration de procédures de contrôle, l'incitation à une coopération plus efficace entre établissements et services contribuent à l'évolution du paysage et des pratiques au sein du secteur. Toutes ces transformations ne sont pas sans conséquences sur le niveau de qualification des personnels et leurs formations.

Une seconde loi datant du 11 février 2005, dénommée « loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », entraîne d'autres changements profonds dans le secteur social et médico-social (nouvelle prestation de compensation, création de maisons départementales du handicap, intégration des personnes handicapées dans la société civile, etc.) et modifie également le positionnement et le rôle des établissements et services accueillant des personnes handicapées.

## ***Vers la modernisation et la professionnalisation des services à la personne***

En 2005, le gouvernement a engagé un plan de développement des services à la personne (regroupant aussi bien l'aide à domicile pour les personnes âgées que la garde d'enfants, le soutien scolaire, le jardinage, l'assistance informatique ou le gardiennage).

Ce plan a notamment mis en place des enseignes proposant des services à la personne, créé le « chèque emploi service universel » (CESU) et des plates-formes de services pour accompagner le développement de l'aide à domicile en fournissant aux usagers des aides et des services de qualité, au plus près de leurs besoins. Le rôle de ces plates-formes est aussi d'accompagner les employeurs dans la professionnalisation de leur personnel.

Par ces mesures, l'État ambitionne de doubler la croissance annuelle de ces emplois dans les prochaines années, avec un objectif affiché de création de 500 000 emplois.

Ce secteur, peu attractif pour les non-cadres et employeur de personnels peu qualifiés, devrait être revalorisé et modernisé, notamment grâce à la participation financière de l'État dans des actions de qualification et de professionnalisation.

Ainsi, une certaine concurrence pourrait émerger dans les années à venir entre les structures associatives traditionnellement positionnées sur les services à la personne (aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile...) et des entreprises privées nouvellement arrivées.

Parallèlement, le secteur associatif concurrencé sur son cœur de métier pourrait chercher à diversifier son offre de services.

En tout état de cause, toutes ces actions et mesures vont nécessairement entraîner la création de postes d'encadrement.

# LES ÉVOLUTIONS DES MÉTIERS CADRES

D'une manière générale, les transformations du secteur dans son ensemble, et notamment le passage d'une logique de moyens à une logique d'activités, ont fait

évoluer la plupart des métiers d'encadrement, le plus souvent sur des missions dites transversales.

## DES FONCTIONS D'ENCADREMENT EN ÉVOLUTION DANS L'ENSEMBLE DU SECTEUR

### *Vers un renforcement de la fonction ressources humaines*

À l'exception des hôpitaux publics et privés à but non lucratif de grande taille et de quelques très grosses cliniques ou groupes du sanitaire ou du médico-social, la fonction ressources humaines est encore mal identifiée dans les structures et souvent limitée à la gestion traditionnelle du personnel (recrutement, paie, droit du travail, gestion de la formation).

Étant donné les besoins de professionnalisation et d'évolution des qualifications des personnels et la mise en œuvre des accords de formation dans le cadre des accords de branche, cette fonction est amenée à se développer considérablement dans les années à venir. Cette montée en charge a d'ailleurs commencé. Elle concerne la fonction recrutement (notamment de personnels de direction) pour remplacer les départs en retraite, la GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences), l'évaluation des personnels, la définition de plans de formation, la mise en œuvre de la VAE (pour les personnels moins qualifiés dans les filières d'hébergement ou dans les structures ou d'aide à domicile).

Par ailleurs, le secteur social est également fortement sollicité pour s'impliquer dans l'insertion professionnelle des personnes éloignées de l'emploi. Il incombe alors au responsable RH de définir les orientations et la mise en œuvre de programmes prioritaires définis par l'association, la fédération ou la branche en lien avec les dispositifs publics de contrats aidés ou d'accords de branche. De même, il revient au responsable RH de définir et de mettre en œuvre la professionnalisation des bénévoles, laquelle est souvent assurée par les associations ou fédérations gestionnaires d'établissements médico-sociaux.

### *Une place croissante pour les fonctions de coordination*

Toutes les réformes et politiques mises en place ces dernières années convergent vers le développement de réseaux et d'échanges entre acteurs d'horizons divers, répondant à divers objectifs : une approche globale de l'individu, une meilleure satisfaction de ses besoins,

souvent multiples et complexes, et une optimisation des ressources financières dont les pouvoirs publics souhaiteraient limiter la croissance.

On cherche par exemple à mieux associer les pharmaciens et les médecins de ville à la régulation des flux de malades ou à des mesures d'information ou de prévention (cas des épidémies bénignes ou des campagnes de vaccination); des réseaux se mettent en place pour les personnes âgées afin d'assurer leur maintien à domicile, et faciliter leur passage en maison de retraite ou à l'hôpital.

Ces « allers et retours » entre différents modes de prise en charge impliquent une coordination entre équipes médicales et personnels de soins et d'aide à domicile ayant l'habitude d'exercer dans des logiques professionnelles et institutionnelles différentes. La fonction de coordination et de prise en charge globale prend alors toute son importance; elle implique également des changements de méthode, par exemple pour le partage des dossiers médicaux.

Dans ce contexte, les personnels des hôpitaux publics doivent apprendre à travailler avec ceux du privé dans le respect mutuel des règles, un même patient pouvant très bien être transféré dans de brefs délais du service d'urgence d'un hôpital public au service de chirurgie d'une clinique, puis être pris en charge dans un service de soins de suite relevant du privé non lucratif. La coordination permanente avec l'extérieur est aujourd'hui une des missions phares du cadre de santé.

Les profondes mutations « structurelles » en cours, comme la recomposition de l'offre hospitalière (par le regroupement de différents hôpitaux), l'avènement des réseaux comme mode d'organisation (réseaux villes-hôpital, réseaux gérontologiques...) incluant des structures du secteur sanitaire et du secteur social confèrent aux différents cadres qui y participent des nouvelles fonctions de conseil, de coordination et d'animation.

Les métiers de **coordonnateur de pôle** (secteur sanitaire), l'émergence des **animateurs de réseau** ou de **responsables du développement...** témoignent de cette évolution.

## **Un fort besoin de cadres dans le champ de la formation**

Les besoins en formation des personnels (sur des thèmes souvent pointus) sont immenses pour faire face à la professionnalisation, aux évolutions des métiers et des qualifications, des réglementations et des attentes des usagers. La formation continue des médecins doit également être généralisée.

Si la formation continue peut être assurée par des « formateurs internes », la plupart du temps ce sont des cadres qui intègrent cette activité dans leur poste (par exemple formation à la douleur dans les hôpitaux par des médecins ou des cadres soignants, formation à la connaissance de la personne âgée dans les EHPAD par le médecin coordonnateur). Les formations externes assurées par des organismes de formation sont en développement.

Ces besoins devraient entraîner des créations de postes de cadres (**formateurs, responsables pédagogiques**) non seulement chez les prestataires, mais aussi au sein des structures de grande taille (groupes ou associations gestionnaires).

### **D'une logique de moyens à une logique d'activités**

Dans un contexte de restrictions budgétaires dictées par les politiques de santé publique ou par le désengagement de l'État dans les politiques sociales, les contraintes économiques sont de plus en plus sensibles. D'une manière générale, toutes les fonctions de cadre dans ce secteur sont aujourd'hui soumises à de fortes pressions.

C'est ainsi qu'à l'hôpital, chaque pôle se voit allouer une autonomie de gestion et de décision, contrainte par la passation d'un « contrat d'objectifs » avec la direction de l'hôpital. Cette dernière régleme à la fois les ressources budgétaires, les projets à réaliser mais aussi la ligne managériale à respecter.

Dans le secteur social et médico-social, pour proposer des offres novatrices en réponse à des besoins nouveaux chez les usagers, les directeurs d'établissement doivent rechercher des financements publics ou privés, développer des partenariats et communiquer en direction des politiques. Ces activités sont en général assurées par les directions d'établissement avec la collaboration des **cadres de gestion financière et administrative** (lorsqu'il y en a) ou des postes de cadres dans les associations ou groupes gestionnaires.

On peut dire que tous les métiers cadres sont aujourd'hui touchés par ces réformes. Non seulement les **métiers de la finance** (développement du **contrôle de gestion**), mais aussi l'ensemble des fonctions qui intègrent une partie importante de gestion administrative et financière : application de la tarification, montage de dossiers de financement, de partenariats, optimisation des besoins et des ressources, nécessité de faire des économies, voire de rentabiliser les activités de ces établissements (par exemple les ESAT).

## **LES ÉVOLUTIONS DES MÉTIERS CADRES DANS LE SECTEUR SANITAIRE**

Les métiers de la santé apparaissent aujourd'hui en mouvement : nouveaux savoirs, nouveaux outils, nouvelles techniques médicales en réponse à de nouvelles pathologies, politiques de prévention, décloisonnement entre activités, développement des échanges avec l'extérieur.

### **Des transferts d'activités médicales vers d'autres catégories de professionnels pour faire face à la pénurie de médecins**

Dans le secteur sanitaire, la fonction de médecin reste prédominante en tant que métier cadre et c'est autour de cette fonction que s'articulent les métiers paramédicaux et de soins. Rappelons que l'exercice de ces professions est subordonné à l'obtention d'un diplôme d'État et réglementé par décret.

En raison d'une politique très restrictive des entrées en faculté de médecine et du départ à la retraite des générations de l'après-guerre, la France connaît aujourd'hui une baisse importante des effectifs de médecins, aussi

bien de spécialistes (ophtalmologistes, anesthésistes, obstétriciens, psychiatres, chirurgiens...) que de généralistes. À l'horizon 2020, cette baisse devrait être de l'ordre de 20% sur le territoire national. Cette raréfaction concerne davantage les zones rurales que les zones urbaines et davantage le Nord, le Centre et l'Est de la France que le Sud ou l'Ouest.

Dans les hôpitaux publics, le recours aux médecins étrangers est important, malgré la difficulté de faire reconnaître en France des diplômés étrangers et la pénurie de médecins dans bon nombre de pays voisins.

Cette pénurie médicale rend parfois plus difficile l'accès aux soins, notamment aux soins urgents. De même, la médecine scolaire ou la médecine du travail sont en sous-effectifs et leur couverture territoriale est largement insuffisante.

Cette faible densité médicale n'est pas sans conséquences sur l'encadrement des étudiants : professionnels et étudiants sont aujourd'hui en nombre insuffisant.

Alors que les étudiants et les médecins peuvent choisir l'établissement dans lequel ils veulent exercer, se pose donc aux établissements **un fort enjeu de fidélisation**.

Face à la charge de travail et à la pénurie de médecins, les pouvoirs publics expérimentent aujourd'hui la possibilité de transférer certaines activités « techniques » réservées aux médecins spécialistes à des professionnels non médecins, par la création de nouvelles spécialités infirmières, médico-techniques ou paramédicales. Celles-ci pourraient voir le jour dans plusieurs domaines : imagerie médicale, radiothérapie, ophtalmologie, chirurgie... Le rapport du professeur Berland publié en octobre 2003 prévoyait la création de nouveaux métiers cadres tels qu'**infirmiers cliniciens spécialisés, diététiciens de soins, coordonnateurs du handicap, psychologues praticiens**.

Une dizaine d'expérimentations sont en cours. Deux exemples : le service d'hémodialyse du centre hospitalier de Lisieux (Calvados) est autorisé à procéder à une expérimentation de six mois de transfert de compétences entre un médecin et un infirmier, entre autres sur des tâches de prescription d'examen complémentaires dans le cadre d'un protocole médical ou d'évaluation de la situation clinique du patient ; une expérimentation est conduite en cancérologie sur le métier de dosimétriste à l'Institut Curie et celui d'infirmier clinicien à Saint-Nazaire et à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris.

Si ces expérimentations se généralisaient, accompagnées de formations adaptées (de type master, par exemple), cela permettrait à du personnel paramédical (infirmiers, kinésithérapeutes, manipulateurs radio, etc.) d'évoluer vers des **postes de cadres « experts »**. D'autres filières devraient également se développer, et créer des postes d'ingénieurs ou de cadres techniques : **ingénieurs biologistes ou radiophysiciens** par exemple.

### ***Vers des responsabilités plus techniques et plus proches du patient pour les cadres de santé***

#### **Les cadres de la filière de soins**

Les cadres (environ 5% des effectifs) ont aujourd'hui une fonction d'encadrement d'équipes d'infirmiers et d'aides-soignants dans les établissements sanitaires.

L'essentiel de leur fonction consiste à organiser le travail des équipes, à en effectuer la gestion administrative (affectation, horaires, gestion des plannings, des remplacements), à évaluer les besoins en formation des agents. Ils assurent aussi les relations avec les familles et la coordination avec les médecins.

Ces missions devraient s'enrichir dans les années à venir : élargissement des compétences techniques, notamment pour la gestion de certains protocoles médicaux, responsabilités accrues pour la gestion des dossiers, suivi des malades dans un contexte de raccourcissement de la durée de séjour, établissement de liens avec les infirmiers de ville, etc.

Dans le cadre de la réflexion sur l'adaptation du système LMD, les pouvoirs publics réfléchissent à l'évolution des formations dans la filière de soins vers le niveau master (bac +5) ; ces évolutions concerneraient aussi bien la filière gestion, management et formation, que des filières d'expertise (par exemple, cancérologie, diabétologie, génétique, etc.).

### ***Des besoins croissants en cadres de gestion à forte culture médicale ou sanitaire***

Un des principaux défis consiste aujourd'hui à instaurer des passerelles entre la culture médicale, la culture de soins et la culture administrative et à répondre à un besoin croissant de cadres de gestion tant au niveau intermédiaire qu'au niveau stratégique.

Cette problématique peut concerner de nombreuses fonctions au sein de l'hôpital.

Dans les prochaines années, le développement des pôles d'activité devrait favoriser la création de nouvelles fonctions telles que celles d'**adjoint au responsable de pôle, de responsable de pôle non médical**, ouvertes aux cadres issus de la filière de soins ou de la filière gestion. Ces activités nécessitent des profils mixtes, associant à la fois des compétences en gestion et des compétences médico-techniques. Elles devraient permettre aux équipes médicales et soignantes de libérer du temps de travail au bénéfice de l'accompagnement des malades.

La tarification à l'activité et les changements en matière de procédures ont bouleversé et rendu très complexes les méthodes de gestion. Ces nouvelles procédures budgétaires devraient se répercuter sur l'ensemble des activités des cadres hospitaliers, avec un renforcement du contrôle budgétaire et l'introduction nouvelle de la notion de coût de revient et de marge.

Par ailleurs, l'arrivée de jeunes diplômés de formation supérieure à des postes administratifs ou de gestion va souvent de pair avec l'introduction d'une informatique en réseau avec les partenaires extérieurs (laboratoires, médecine de ville, hôpital public, etc.) et avec la formalisation des procédures administratives. Ces recrutements devraient se développer dans les années à venir.

Parallèlement les **métiers de la filière informatique** et de l'**informatique médicale** (Département de l'informatique médicale) devraient se rapprocher et connaître un développement important. En effet, les équipements (appareils de mesure, d'exploration ou de monitoring) nécessaires au fonctionnement de services spécialisés sont de plus en plus interconnectés aux systèmes d'information de l'hôpital.

Enfin, dans de nombreux établissements de petite taille, notamment dans les cliniques ou les établissements de soins de suite, des fonctions telles que la **gestion des ressources humaines**, la mise en œuvre de la **qualité** ou la **gestion des risques** ne sont pas encore pourvues.

Avec l'évolution de la législation, on peut s'attendre à un développement de ces métiers, les établissements recherchant, pour des raisons budgétaires, des profils polyvalents ou des fonctions partagées au sein d'équipes régionales lorsqu'il s'agit de groupes.

### **La prise en compte des risques**

Dans un établissement de santé, les risques – pour les patients, les visiteurs, les professionnels et l'institution même – sont nombreux.

Ils peuvent être spécifiques à l'activité sanitaire (infections nosocomiales, erreurs médicamenteuses ou de diagnostic, défauts d'information...) ou, comme les risques techniques (incendie, panne d'électricité) ou environnementaux (légionellose), relever de l'organisation proprement dite.

Doivent également être pris en compte les risques sociaux (absentéisme, tensions avec le personnel...), informatiques et financiers, ou encore les risques judiciaires (dans un contexte de judiciarisation croissante de la société et notamment des activités sanitaires).

Selon la taille de l'établissement, les directeurs d'établissements sanitaires assument seuls la responsabilité

de la «gestion» de ces différents risques ou la partagent avec un cadre (ou parfois une équipe).

Dans les établissements importants en particulier, apparaissent des fonctions relativement nouvelles comprenant l'identification et la gestion des risques, la définition, la mise en œuvre et l'évaluation d'un plan d'action, la sensibilisation et la formation des personnels, la coordination des vigilances. Un rôle important de conseil et d'expertise technique auprès de la direction s'ajoute à ces missions. Cette fonction s'articule souvent avec celle de la qualité et est confiée à des **ingénieurs qualité-gestion des risques**.

De façon similaire apparaissent des fonctions de **juriste spécialisé** dans le traitement des relations et des litiges avec les patients ou leurs familles. Situés pour l'instant au niveau des services juridiques des groupes, ils commencent à se développer dans les établissements hospitaliers importants, dans un double but de prévention des litiges et de protection juridique des professionnels et des institutions sanitaires.

Cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir dans l'ensemble du réseau sanitaire.

## ■ LES ÉVOLUTIONS DES MÉTIERS CADRES DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Le secteur social et médico-social est depuis sa création un secteur professionnel qui n'a cessé d'innover, de chercher des réponses en lien avec les évolutions des politiques sociales et la transformation des besoins des usagers.

Ces changements ont placé au cœur de la réflexion des acteurs du secteur la question de la spécificité et de la qualité des ressources humaines, les qualifications et les compétences, notamment pour les cadres.

### **Croissance générale et affirmation des métiers de cadres**

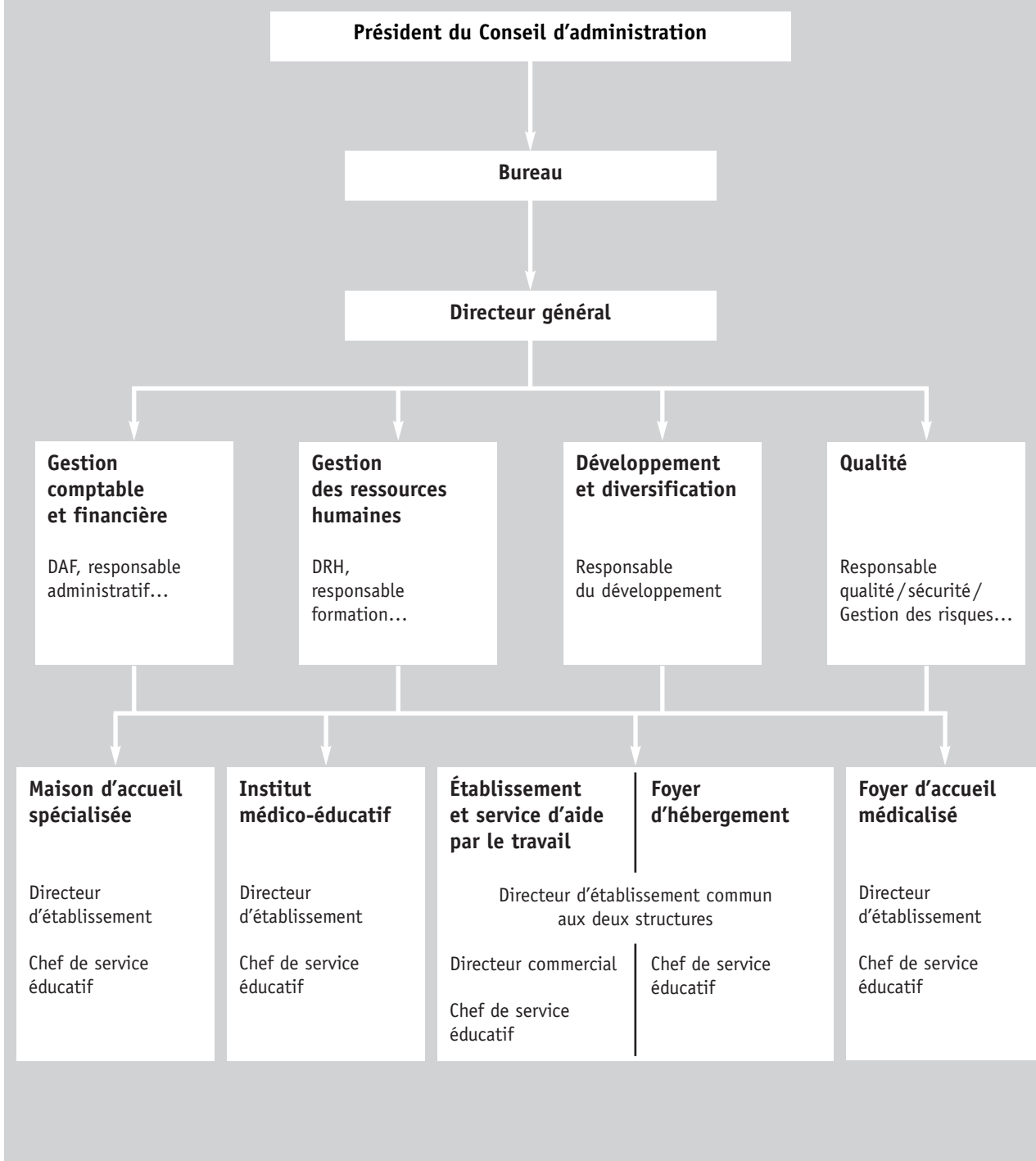
Le travail social s'est construit autour de professions traditionnellement centrées sur la famille (assistante sociale), l'éducation (éducateur) et l'animation (animateur), autrement dit des métiers non cadres.

Le développement du secteur et de ses effectifs a conduit à un fort développement des postes de cadres

ainsi qu'à une professionnalisation et une qualification constantes de ces salariés. Déjà en 1964, la création du CAFDES (certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement, diplôme d'État de niveau II révisé en 2002) pour les postes de direction témoignait de cette tendance forte, affirmée par celle du CAFERUIS (certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsabilité d'unité d'intervention sociale) en 2004, diplôme national généraliste remplaçant un grand nombre de formations locales.

Les postes de cadres qui assument des missions de **gestion, de diversification** (postes de «développeurs»), de **ressources humaines** ou encore de **qualité** se développent surtout dans les associations gestionnaires et non dans les structures, en raison des contraintes budgétaires qui pèsent sur elles.

L'organigramme présenté ci-après met en évidence à titre d'exemple les fonctions d'encadrement.



## **Renouvellement de la population des cadres et des directeurs**

Les cadres de plus de 50 ans prédominent désormais parmi les directeurs d'établissement et les cadres de direction. Leur remplacement est donc une véritable préoccupation pour les dirigeants du secteur, (c'est le cas des directeurs d'établissement pour personnes âgées notamment).

Le périmètre de leurs fonctions a sensiblement évolué. Auparavant, le directeur d'établissement était avant tout responsable du développement tout en satisfaisant aux attentes des personnes et en garantissant le bon fonctionnement de la structure (couvrant principalement la gestion comptable et celle du personnel). Désormais, s'ajoutent deux rôles essentiels : celui de concepteur et de pilote du projet d'établissement et celui d'animateur des relations avec de nombreux acteurs extérieurs (tutelles, partenaires du secteur, tissu associatif...). Cela sans compter une gestion des personnels qui a évolué vers le management d'équipes, nécessitant de fortes qualités relationnelles.

Dans les fédérations ou les associations gestionnaires de plusieurs établissements, on demande également aux cadres une plus grande mobilité, notamment pour la fonction de directeur général : ce dernier doit pouvoir passer d'un établissement fermé à une structure ouverte, ou d'une structure spécialisée à une autre structure, moyennant des périodes de formation ou d'adaptation.

La fonction de direction est donc de plus en plus complexe. Le recours à des profils extérieurs au secteur social a déjà commencé et devrait se développer dans les années à venir. Les cadres et cadres supérieurs venant d'autres domaines professionnels pourront donc intégrer le secteur, à condition, toutefois, de s'adapter à la culture professionnelle, à la polyvalence de la fonction et d'accepter des niveaux de rémunération moins élevés.

## **Une ouverture plus grande vers l'extérieur et la territorialisation des politiques sociales**

Les cadres se sont efforcés ces dernières années de renforcer leurs échanges avec les acteurs locaux (écoles, services municipaux, associations sportives ou de loisirs, structure d'aide ou de soins à domicile) pour coopérer avec d'autres structures, mutualiser des moyens, rechercher de nouvelles sources de financement, s'ouvrir sur le monde extérieur.

Au-delà de l'organisation interne et de la planification du travail de leurs équipes, ils sont de plus en plus intégrés à une chaîne d'acteurs ayant chacun leurs propres contraintes. Organiser cette chaîne, budgétiser son fonctionnement, se préparer à utiliser le nouveau chèque emploi-service universel, définir des projets

cohérents avec le projet d'établissement sont autant de tâches nouvelles, qui solliciteront les cadres dans les années à venir.

À titre d'exemple, un directeur d'établissement pour enfants handicapés doit assurer la coordination avec les nouvelles unités pédagogiques d'intégration (UPI), de même qu'un directeur d'établissement pour adultes travaille avec les structures d'aide et de soins à domicile. En parallèle, la territorialisation des politiques implique que les dirigeants et les cadres consolident leurs échanges avec les élus locaux (maires et conseillers municipaux, conseillers généraux).

S'ouvrir sur l'extérieur est par conséquent un des enjeux majeurs qui se posent aux directeurs généraux d'associations et aux directeurs d'établissement.

## **Un encadrement intermédiaire en évolution**

Dans ce contexte, le rôle des cadres intermédiaires s'est considérablement renforcé et il apparaît indispensable qu'ils se forment.

En effet, intermédiaires entre directions et équipes, entre plusieurs équipes ou encore entre équipes et partenaires, ces cadres sont aujourd'hui un maillon essentiel de l'organisation. Garants du respect des droits des usagers et ayant pour mission d'impulser et de favoriser une réflexion éthique au sein de l'organisation, ils jouent un rôle clé au sein des établissements, des services ou des dispositifs d'intervention sociale.

À la fonction traditionnelle de l'éducateur chef (poste occupé autrefois par un éducateur spécialisé promu cinq ans après l'obtention de son diplôme) s'est substituée celle de **cadre de proximité** ou **socio-éducatif**, de **chef de service technique**, de **coordinateur**, et enfin celle d'encadrant et de **responsable d'unité d'intervention sociale**.

Leur mission principale est bien l'encadrement des équipes et des actions directement engagées auprès des usagers. Ils pilotent l'action dans le cadre du projet de service et du projet de l'organisation tout en exerçant une fonction hiérarchique vis-à-vis des salariés de leur équipe et en planifiant leur travail.

Le cadre intermédiaire est de plus en plus souvent lui-même associé à des projets transversaux ou à un travail en réseau avec des partenaires extérieurs.

Dans ce contexte, les établissements recherchent des profils à la fois bien ancrés dans la culture professionnelle (assistants de service social ou éducateurs spécialisés) et dotés de compétences qui se rapprochent de celles des cadres du privé (rapidité de décision, traitement de situations de « crise », application de procédures standardisées).

### ***Des compétences nouvelles pour les responsables de la gestion budgétaire***

Comme dans le sanitaire, les réformes successives et les restrictions budgétaires ont rendu beaucoup plus complexe le travail des cadres gestionnaires dans le secteur social et médico-social.

Les compétences techniques ne suffisent plus aujourd'hui : ils doivent non seulement maîtriser parfaitement les mécanismes de contractualisation, les règles de liquidation et de paiement, mais également rechercher des financeurs, construire leur budget en fonction des missions ou des projets, le justifier auprès des tutelles, négocier et signer des conventions avec différents partenaires (élus, services techniques, financeurs...).

### ***Des fonctions transversales et des missions mutualisées***

Conséquence des différentes réformes législatives, les établissements et services du secteur médico-social et social se regroupent de plus en plus suivant des modalités diverses : mise en commun de services fonctionnels ou logistiques (avec ou sans externalisation), mutualisation de certaines activités au sein de réseaux départementaux, professionnalisation de cadres départementaux intervenant comme conseillers ou appuis aux établissements ou aux associations locales, adhésion à des groupes commerciaux (enseigne) ou financiers.

Les cadres deviennent souvent responsables de plusieurs unités et assument ainsi des fonctions transversales au sein de l'association.

## **CONCLUSION**

Avec les mutations profondes en cours dans le secteur sanitaire, médico-social et social, des tendances d'évolution fortes se dégagent pour les fonctions d'encadrement :

- une augmentation importante du nombre de cadres dans les années à venir, pour piloter des effectifs salariés en croissance, notamment dans le secteur médico-social et social ;
- des fonctions d'encadrement plus complexes couvertes par des profils mixtes, notamment dans le secteur sanitaire et dans les postes de direction dans le médico-social ;
- l'émergence de nouvelles fonctions liées au développement du travail en réseau et à la diversification de l'offre, avec des coopérations à mettre en place.



---

# LES FICHES MÉTIERS

---

- LES CARTOGRAPHIES
- LES MÉTIERS CADRES DU SECTEUR SANITAIRE
- LES MÉTIERS CADRES DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL
- LES MÉTIERS DE GESTION ET D'ORGANISATION
- LES MÉTIERS DE LA FORMATION



---

# LES CARTOGRAPHIES

---

- MÉTIERS PAR FAMILLE
- MÉTIERS PAR DURÉE D'EXPÉRIENCE REQUISE

# CARTOGRAPHIE DES MÉTIERS PAR FAMILLE

## *Les métiers cadres du secteur sanitaire*

- N°1 – Directeur d'hôpital/clinique
- N°2 – Médecin chef de service
- N°3 – Médecin praticien
- N°4 – Cadre de santé/Chef de service paramédical
- N°5 – Pharmacien
- N°6 – Directeur des soins infirmiers

## *Les métiers cadres transversaux*

### *Les métiers de gestion et d'organisation*

- N°18 - Responsable administratif et financier
- N°19 - Directeur des ressources humaines
- N°20 - Responsable qualité
- N°21 - Responsable logistique, technique, informatique, maintenance
- N°22 - Responsable hôtelier

### *Les métiers de la formation*

- N°23 - Directeur d'établissement de formation
- N°24 - Formateur/Responsable pédagogique

## *Les métiers cadres du secteur social et médico-social*

- N°7 – Directeur général d'association
- N°8 – Directeur d'un service de soins et/ou d'aide à domicile
- N°9 – Directeur de maison de retraite
- N°10 – Directeur d'établissement/service pour adultes ou enfants handicapés
- N°11 – Directeur d'établissement/service de travail protégé pour adultes handicapés
- N°12 – Directeur d'établissement/service pour enfants et adolescents en difficulté
- N°13 – Directeur d'établissement/service pour adultes et familles en difficulté
- N°14 – Directeur d'établissement/service d'accueil de jeunes enfants
- N°15 – Psychologue
- N°16 – Chef de service éducatif
- N°17 – Responsable d'un service de tutelle

# CARTOGRAPHIE DES MÉTIERS PAR DURÉE D'EXPÉRIENCE REQUISE

	Ouvert aux jeunes diplômés Moins de 1 an d'expérience	Jeunes cadres De 1 à 5 ans d'expérience	Cadres confirmés Plus de 5 ans d'expérience
N°3 - Médecin praticien	====>		
N°5 - Pharmacien	====>		
N°15 - Psychologue	====>		
N°20 - Responsable qualité	====>		
N°4 - Cadre de santé, chef de service paramédical		====>	
N°14 - Directeur d'établissement/ service d'accueil de jeunes enfants		====>	
N°21 - Responsable logistique/ technique/informatique/maintenance		====>	
N°24 - Formateur/Responsable pédagogique		====>	
N°1 - Directeur d'hôpital ou de clinique			====>
N°2 - Médecin chef de service			====>
N°6 - Directeur des soins infirmiers			====>
N°7 - Directeur général d'association			====>
N°8 - Directeur d'un service de soins et/ou d'aide à domicile			====>
N°9 - Directeur de maison de retraite			====>
N°10 - Directeur d'établissement/ service pour adultes ou enfants handicapés			====>
N°11 - Directeur d'établissement/ service de travail protégé pour adultes handicapés			====>
N°12 - Directeur d'établissement/ service pour enfants et adolescents en difficulté			====>
N°13 - Directeur d'établissement/ service pour adultes et familles en difficulté			====>
N°16 - Chef de service éducatif			====>
N°17 - Responsable d'un service de tutelle			====>
N°18 - Responsable administratif et financier			====>
N°19 - Directeur des ressources humaines			====>
N°22 - Responsable hôtelier			====>
N°23 - Directeur d'établissement de formation			====>

