



EHESP

Attaché d'administration hospitalière

Promotion : **2018**

Date du Jury : **novembre 2018**

**Les cadres administratifs de pôles :
analyse d'une fonction de nature
plurielle**

Laura LASCASSIES-TAILHAN

Remerciements

Je remercie l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et l'équipe d'encadrants mémoire pour leurs conseils et leur accompagnement.

Je remercie le service des ressources humaines du lieu de stage et plus encore le service de la gestion des carrières pour son engagement à accueillir chaque année des élèves attachés d'administration hospitalière.

Je remercie mon tuteur de stage pour sa confiance et son soutien dans la réalisation de ce travail mais aussi tout au long de cette année à l'EHESP.

Je remercie chaleureusement les personnes qui ont participé à la construction de ce mémoire. Messieurs les chefs de pôle, mesdames les directrices déléguées de pôles, mesdames et messieurs les cadres administratifs de pôle et cadres supérieurs de santé, merci d'avoir répondu à mes sollicitations, ce travail ne serait pas ce qu'il est sans votre concours.

Je remercie mes camarades de promotion associés au benchmark, qui eux aussi ont été une source d'informations précieuse pour faire avancer mon analyse.

Je tiens à remercier tout particulièrement, pour son expertise, sa disponibilité et ses encouragements continus une personne rencontrée lors du stage d'observation et présente tout au long de cette année de formation qui sans nul doute, se reconnaîtra ici.

Sommaire

Introduction	3
1 Une fonction plurielle par nature : quand polyvalence rime avec divergence dans l'exercice des fonctions	6
A. Une jeune fonction de nature plurielle	6
a. Une fonction récente qui place la filière administrative au cœur de l'hôpital	6
b. Une fonction plurielle de par la diversité des compétences du CAP	7
c. Une fonction aux missions dépendantes de l'organisation polaire choisie	8
B. L'étude des cadres administratifs de pôle de l'établissement d'accueil	9
a. Un exercice découlant de l'organisation polaire choisie par l'établissement	9
b. De la dominante traditionnelle du contrôle de gestion à des exercices pluriels de la fonction de CAP	11
c. La diversité des profils des CAP, témoin du caractère pluriel de la fonction	12
2 Analyse de la fonction de CAP : entre benchmarking, entretiens et questionnaire, l'exposition à diverses difficultés s'explique	15
METHODOLOGIE	15
A. Une fonction personne dépendante et environnement dépendant	16
a. Un sentiment de manque de reconnaissance palpable	16
b. Une difficulté de positionnement rapportée par tous les acteurs interrogés	17
B. Un isolement vecteur de mal-être, quid de la QVT des CAP	18
C. Un apparent défaut d'encadrement préjudiciable	20
3 Préconisations pour une gestion des pôles efficiente : investir dans la filière administrative exerçant au sein des pôles	22
A. La nécessité de procéder à un encadrement de la fonction de CAP	22
B. Investir plus fortement dans la reconnaissance et la valorisation	25
C. Renforcer les outils de pilotage à disposition des pôles	27
Conclusion	31
Bibliographie	32
Liste des annexes	I
Annexe 1 : Résultats questionnaire chefs de pôles : compétences	I

Annexe 1 : Résultats questionnaire chefs de pôles : compétences.....	II
Annexe 2 : Benchmark réalisé auprès des EAAH de la promotion 2018.....	III
Annexe 3 : Trame des entretiens réalisés auprès des cadres administratifs de pôle (CAP) et des directeurs délégués (DD)	VII
Annexe 4 : Sollicitation en mailing des chefs de pôle.....	VIII
Annexe 5 : Tableau récapitulatif des entretiens menés auprès des cadres administratifs de pôle	I
Annexe 6 : Tableau récapitulatif des entretiens menés auprès des directeurs délégués de pôle	VIII

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'administration hospitalière

AAP : Appel à projet

ACH : Adjoint des cadres hospitaliers

AP-HP : Assistance publique - hôpitaux de Paris

CAP : cadre administratif de pôle

CET : Compte épargne temps

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CME : Commission médicale d'établissement

CSS : Cadre supérieur de santé

CSP : Code de la santé publique

CT : Condition de travail

DAFAP : Direction des affaires financières appui à la performance

DAM : Direction des affaires médicales

DD : Directeur délégué

DG : Direction générale ou directeur général

DRH : Direction des ressources humaines

DSIO : Direction des systèmes d'information et organisation

EPS : Etablissement public de santé

ETP : Equivalent temps plein

GRH : Gestion des ressources humaines

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital, patients, santé, territoires

MAD : Mise à disposition

PM : Personnel médical

PNM : Personnel non médical

QVT : Qualité de vie au travail

RH : Ressources Humaines

SIRH : système d'information en ressources humaines

TSH : Technicien supérieur hospitalier

Introduction

Les cadres administratifs de pôles (CAP) sont présents dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et peuvent également exercer en centre hospitalier (CH), cela de manière non systématique¹. « Chargé d'animer la démarche d'analyse et de dialogue de gestion au sein des équipes du pôle et de mettre en œuvre, en lien avec l'exécutif, les projets du pôle, le CAP est donc garant de l'équilibre médico-économique du pôle.² » Principalement à travers le suivi des effectifs, de l'activité, des dépenses et des recettes du pôle.

La fonction étudiée est une fonction accessible aux attachés d'administration hospitalière (AAH). Membre du personnel d'encadrement du pôle, le CAP est le plus souvent un agent de catégorie A, les compétences des AAH correspondent aux attendus du poste.

En effet, des capacités d'autonomie, de travail collaboratif, d'analyse et d'expertise sont nécessaires pour exercer les activités propres à la gestion de pôle. Le CAP est placé sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle et sous l'autorité hiérarchique du directeur délégué de pôle, et est rattaché à une direction fonctionnelle³, appartenant donc tant au pôle qu'à la centrale⁴.

La particularité du métier se trouve dans le fait que son exercice va fortement dépendre du pôle dans lequel le cadre administratif se trouve, de son organisation, des relations entre les acteurs, de l'implication de chacun d'eux.

Aussi, il semble qu'au vu de la pluralité des missions exercées par le CAP, cette fonction trouve sa richesse dans le fait qu'elle permette d'appréhender tous les domaines institutionnels de l'hôpital à savoir les ressources humaines (RH), le financement, les achats, la stratégie via l'analyse de l'activité, des recettes et des dépenses, la contractualisation et le conventionnement, etc.

¹ A titre d'illustration non exhaustive, présence de CAP au sein du CHU de Besançon, de l'Hôpital Croix Rousse de Lyon, du CHU de Toulouse, du CHU de Tours, du CH de Forbach, du CH de Châteauroux. Au contraire, certains établissements ne disposent pas de CAP, c'est le cas du CH de Guingamp, du CH de Clermont-Ferrand, du CH Moulins-Yzeure ou encore du CH de Cholet.

² Guide de gestion des pôles, CHU d'accueil, 2011, p.49.

³ Direction générale ou direction des finances le plus souvent.

⁴ Terme utilisé pour évoquer les directions fonctionnelles qui forment ensemble la centrale.

Enfin, l'importance des interactions qu'engendre ce poste constitue sa valeur ajoutée : le CAP entretient des liens étroits tant avec la centrale qu'avec les acteurs des pôles, qu'ils soient membres des filières administrative, soignante ou médicotechnique.

Pour autant, les difficultés rencontrées par les CAP dans l'exercice de leurs missions sont nombreuses. Evoquées par la presse spécialisée⁵, elles ressortent également du rapport des Conférences hospitalières qui, en 2014, a réalisé un bilan de l'organisation polaire dans les établissements publics de santé (EPS)⁶. Le stage d'observation réalisé en début d'année a confirmé la présence de ces difficultés au sein du CHU d'accueil.

Analyser les difficultés que peuvent rencontrer les CAP constitue un élément indispensable pour l'amélioration de la gestion des pôles. C'est bien là un intérêt stratégique pour la direction générale.

En parallèle, réfléchir aux leviers à enclencher pour répondre à ces difficultés relève de l'amélioration de la qualité de vie au travail, pour un métier récemment installé à l'hôpital⁷. De fait, c'est aussi la question de la gestion des ressources humaines (GRH) de ce personnel qui apparaît ici.

C'est pour ces raisons que j'ai fait le choix de travailler sur ce sujet. Ainsi, ce travail débute par une étude de la fonction afin de contextualiser le sujet de manière générale mais aussi, d'évoquer la place des CAP au sein du lieu de stage.

Ensuite, il s'agit de présenter les résultats de l'analyse réalisée. Analyse qui s'est attachée à se concentrer sur la situation que connaît le CHU d'accueil, tout en la comparant aux situations rencontrées par les établissements accueillant en stage des camarades de la promotion 2018 des EAAH.

Enfin, ce travail se termine par des préconisations pouvant être envisagées par la direction générale afin de répondre aux difficultés évoquées et ainsi, d'améliorer l'efficacité de la gestion des pôles et de la GRH des CAP. La place de l'attaché peut être double. Il peut être à la fois positionné comme membre du personnel des CAP ou comme membre de la direction, chargé de réaliser cette étude et de dégager des pistes d'amélioration.

⁵Cf. bibliographie.

⁶ DOMY Philippe, MOULIN Guy, FRECHOU Denis, MARTINEAU Frédéric, MÜLLER Christian, Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé : rapport des Conférences hospitalières, mars 2014, p.12.

⁷ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

1 Une fonction plurielle par nature : quand polyvalence rime avec divergence dans l'exercice des fonctions

A. Une jeune fonction de nature plurielle

a. Une fonction récente qui place la filière administrative au cœur de l'hôpital

Installé depuis maintenant plus de dix ans, le CAP est l'expression même de la réforme de la gouvernance hospitalière lancée par l'ordonnance du 2 mai 2005⁸. Elle instaure une organisation polaire selon laquelle la gestion médico-économique du pôle revient au pôle lui-même⁹.

Elle prévoit, pour ce faire, la nomination de cadre supérieur de santé¹⁰ (CSS) et de cadre administratif au sein des pôles qui assistent le chef de pôle¹¹. Ils composent le trio de pôle représentant les trois filières que comptent les établissements de santé, soit, respectivement : la filière soignante, la filière administrative et la filière médicotechnique.

Ainsi, la mission principale est de mettre en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il s'agit aussi d'organiser le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité (en liaison avec les cadres de santé). La filière administrative de cette équipe d'encadrants de pôle se situe donc à mi-chemin entre la centrale et le pôle : elle représente la centrale au sein des pôles, devant faire redescendre les décisions et s'y conformer.

En parallèle, elle soutient les intérêts du pôle et faisant remonter les difficultés afin de dégager des solutions et ainsi, parvenir à gagner en efficacité dans la gestion des pôles et plus largement, de l'hôpital.

A noter que le cadre administratif est un nouveau venu dans la vie du pôle, le chef de pôle et le CSS de santé étant d'ores et déjà habitués à travailler côte à côte¹². Le CAP a

⁸ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

⁹ L'hôpital est donc organisé en pôles cliniques, médicotechniques et support.

¹⁰ Egalement appelé cadre paramédical de pôle comme c'est le cas à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) par exemple.

¹¹ Nommé ainsi par la loi HPST de 2009, auparavant appelé responsable médical.

¹² Pour illustration, le CHU de Tours a créé le poste de CAP en 2015 seulement.

donc dû faire sa place au sein de cette nouvelle organisation en justifiant de la valeur ajoutée qu'il apporte à la gestion de pôle. Celle-ci se retrouve dans l'expertise qu'il apporte sur des domaines comme le suivi de l'activité, des dépenses et des recettes ou encore la gestion des conventions passées par le pôle.

Cela sous-entend un positionnement délicat, à moins que l'encadrement de son rôle soit tel que ses missions ont été très vite assimilées par le reste de l'équipe encadrante¹³.

b. Une fonction plurielle de par la diversité des compétences du CAP

A la différence des fonctions exercées dans les directions supports où, de manière générale, l'expertise et la spécialisation sont de rigueur, le CAP se caractérise par la polyvalence de ses missions. En centrale, l'AAH va exercer des missions qui, même si elles sont variées et doivent tenir compte de la pluridisciplinarité pour fonctionner, relèvent principalement de l'expertise dans un domaine en particulier. Le CAP lui va disposer d'un champ de compétences vaste qui rend cette fonction plurielle. Dans la même idée, exercer ses fonctions en centrale entraîne une appartenance facilement identifiable à la direction dans laquelle l'AAH exerce. Le CAP lui, du fait de sa double appartenance au pôle et à la centrale, détient donc un positionnement plus délicat

Cela renvoie aussi à la question de la délimitation des fonctions du CAP et à la représentation qui en est faite. L'exercice d'une activité au sein d'un pôle étant synonyme de transversalité et de polyvalence. Les missions du CAP relèvent de différents domaines :

- Le contrôle de gestion (suivi de l'activité, des recettes et des dépenses du pôle)
- L'animation de la vie du pôle (suivi des effectifs, projets, réponses aux objectifs du contrat de pôle, etc.)
- La gestion administrative quotidienne (commandes, logistique du pôle).

Elles nécessitent donc des compétences en matière de gestion de projet, de communication, de relation sociale, de finance et de financement, de RH, etc.. Le CAP doit donc faire preuve d'autonomie, d'initiative et doit collaborer avec différents acteurs.

Cette collaboration implique pour le CAP de réaliser un grand écart permanent entre les interlocuteurs tant ces derniers sont nombreux. Au niveau du pôle : le chef de pôle, le

¹³ Assistant gestionnaire de pôle hospitalier : Un métier sur orbite, Revue hospitalière de France n° 559, juillet-août 2014, p. 14-19.

directeur délégué s'il existe, le CSS, les cadres de santé, les médecins, le personnel soignant, etc.

En parallèle, des liens étroits indispensables sont entretenus avec la centrale et ses différentes directions, Ce qui implique une capacité d'adaptation forte et une attention particulière à entretenir des liens opportuns avec chaque interlocuteur, de manière à veiller au respect des intérêts du pôle tout en respectant les prérogatives venant de la direction.

Enfin, il convient de noter que les missions du CAP sont amenées à varier selon l'organisation choisie par l'établissement.

c. Une fonction aux missions dépendantes de l'organisation polaire choisie

En vertu du principe de libre administration, certains établissements ont nommé, aux côtés du chef de pôle, un directeur délégué (à plusieurs pôles le plus souvent). C'est notamment le cas des CHU de Bordeaux, de Toulouse, de Tours, de Reims ou encore du CHR d'Orléans, et des CH du Mans et de Douai.

Ce directeur délégué de pôle exerce son pouvoir hiérarchique sur le CAP. Le chef de pôle conserve l'autorité fonctionnelle sur le CSS et le CAP¹⁴. En conséquence, il dispose du pouvoir de leur donner des instructions et d'annuler voire, de réformer leurs décisions. Ainsi, l'expression « trio de pôle » est souvent remplacée par celle de « bureau de pôle » ou encore, d'« équipe d'encadrement de pôle ».

Aussi, le caractère personne dépendant est particulièrement palpable. L'implication de chaque acteur va engendrer des répercussions sur les tâches qui seront attribuées au CAP. A savoir, quelles délégations sont accordées au chef de pôle, au directeur délégué s'il existe, comment ses attributions sont elles-mêmes réparties auprès de l'équipe d'encadrement du pôle ? Quelles tâches sont cédées aux CAP et lesquelles nécessitent que le CAP fasse un retour au directeur délégué si directeur délégué il y a ?

Autre notion à évoquer, le CAP peut être responsable de plusieurs pôles comme c'est le cas, notamment, dans les CHU de Besançon, de Toulouse et de Tours. Ou au contraire n'être rattaché qu'à un seul pôle comme cela peut être le cas pour l'AP-HP¹⁵. Cela relève

¹⁴ L.6146-1 du code de santé publique donne au chef de pôle une autorité fonctionnelle sur les équipes soignantes, médicales, administratives et d'encadrement de pôle,

¹⁵ A l'AP-HP, le partage des tâches est le suivant : la GRH au CSS et le contrôle de gestion et comptabilité analytique au CAP (CF témoignage annexe benchmarking).

du choix de l'établissement, qui décide en fonction de la taille des pôles, de leur nature ou encore des activités principalement exercées.

Enfin, la nature même du pôle va avoir une incidence sur l'exercice de la fonction de CAP. Ainsi, la gestion d'un pôle clinique pourra diverger de celle d'un pôle médicotechnique, assimilé à des pôles prestataires de services pour les pôles cliniques¹⁶. Quant aux pôles supports, les fonctionnements, les activités, les personnels à encadrer ou encore les financements sont différents des autres pôles, ce qui va avoir un impact sur l'activité du CAP.

Ces éléments de contexte évoqués, il convient de s'intéresser à l'exercice de cette fonction au sein de l'établissement d'accueil.

B. L'étude des cadres administratifs de pôle de l'établissement d'accueil

a. Un exercice découlant de l'organisation polaire choisie par l'établissement

Le CHU d'accueil compte environ 3000 lits et places et s'organise en cinq sites, eux même segmentés en 19 pôles cliniques et médicotechniques et 6 pôles supports.

Depuis 2016, il est l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) réunissant au total sept EPS, pour un total de 5200 lits et places.

Toujours en 2016, le CHU compte environ 11 600 personnels non médicaux (PNM) et 3 900 personnels médicaux (PM) dont 2 200 internes et étudiants hospitaliers.

Chaque pôle est dirigé par un chef de pôle accompagné par un directeur délégué à plusieurs pôles, d'un CSS et d'un CAP. Les pôles d'activités sont répartis en trois catégories de pôles :

- 14 pôles médicaux¹⁷ pour 13 CAP (dont 1 CAP en charge de 2 pôles)

¹⁶ Exemple, les pôles biologie ou pharmacie sont assimilés à des pôles prestataires de services pour les pôles cliniques en ce qu'ils leur fournissent de matériels ou des prestations.

¹⁷ Enfants - FMC - Médecine d'urgence - CVM cardiovasculaire et métabolique - CVR voies respiratoires - I3LM inflammation, infection, immunologie, locomoteur – Digestif – Gériatrie – Psychiatrie – Anesthésie, Réa - Céphalique - Neuro Sciences - Urologie, néphrologie, dialyse, transplant, brûlés, plastique, explorations – Cancérologie.

- 5 pôles médicotecniques¹⁸ pour 4 CAP (dont 1 CAP en charge de 2 pôles)
- 6 pôles supports¹⁹ pour 8 CAP (dont 3 pôles administrés par 2 CAP).

Le pôle assure une responsabilité générale et une gestion du pôle basées sur le principe de subsidiarité et de délégation de gestion. Le guide de gestion des pôles mis en place en 2011 par l'établissement précise les domaines relevant de la compétence des pôles :

- les prestations aux usagers
- la gestion administrative et financière
- l'organisation et le fonctionnement du pôle
- la gestion du personnel
- les activités de recherche et de formation
- le contrôle qualité et la gestion des risques.

L'organisation des pôles est régie par des contrats de pôle conclus entre le directeur général (DG), le président de la commission médicale d'établissement (CME) et le chef de pôle. Ces contrats, signés en 2015 sont conclus pour une durée de quatre ans. Ils définissent, notamment, les modalités de mise en œuvre du projet d'établissement dans le pôle, les objectifs de qualité de prise en charge et d'activité, les moyens délégués aux pôles ainsi que les indicateurs de suivi et les modalités d'intéressement aux résultats de la gestion polaire. Ils contiennent les projets de pôles, élaborés au regard du projet d'établissement.

Aussi, le CHU d'accueil a complété le dispositif légal en implantant des directeurs délégués de pôle (DD), dans le but de faciliter la gestion des pôles. Ces directeurs sont placés sous la responsabilité hiérarchique du DG, qu'ils représentent auprès du pôle.

Les DD sont chargés de plusieurs pôles (quatre le plus souvent) et ne disposent généralement pas de fonction de direction au sein des directions fonctionnelles²⁰. Certaines de leurs attributions sont les suivantes :

- Garant du bon déroulement de l'exécution du contrat de pôle et des projets du pôle
- Contrôleur des demandes et décisions du pôle (niveau règlementaire et financier)

¹⁸ Santé publique & médecine sociale – Imagerie - Blocs opératoires – Biologie – Pharmacie.

¹⁹ Ressources matérielles - budgets annexes - administration générale des services : DRH, DS et DAM - secrétariat général attractivité et rayonnement - recherche - soins et activités paramédicales.

²⁰ A l'exception d'un directeur délégué également DG d'un établissement membre du GHT.

- Lien entre le pôle et la direction générale et entre le pôle et les pôles supports.

Les compétences sont partagées entre le chef de pôle et le DD. Ce partage peut varier selon les pôles, comme l'illustre l'annexe 1. Chef de pôle et directeur délégué peuvent donc travailler de manière complémentaire à travers une répartition des tâches selon les disciplines. Aussi, ils peuvent réaliser un travail collaboratif en exerçant leurs missions dans les mêmes domaines d'activité.

Le CAP lui, « prépare et met en œuvre, en coordination avec le CSS, la politique formalisée par le contrat de pôle. Il agit en lien avec les directions fonctionnelles et le Directeur Délégué, représentant du DG. Ses compétences sont d'assister le chef de pôle et le directeur délégué dans leurs missions communes et pour cela, le CAP, rattaché au directeur délégué dispose des missions que le directeur délégué lui a confiées²¹ ».

- b. De la dominante traditionnelle du contrôle de gestion à des exercices pluriels de la fonction de CAP

Les CAP du CHU d'accueil sont rattachés à la direction des affaires financières et appui à la performance (DAFAP). Le rôle du CAP s'est construit sur une dominante de contrôle de gestion. L'activité principale des CAP étant présentée comme constituée du suivi de l'activité, des recettes et des dépenses afin de réaliser une gestion efficiente du pôle²².

Le suivi des effectifs est lui aussi un axe fort dans la définition des activités du CAP, étant ainsi le garant de l'équilibre médico-économique du pôle. Les profils recherchés pour exercer ces fonctions étaient donc des personnes disposants de formation ou d'expérience professionnelle dans le contrôle de gestion.

Ces dernières années, un *turn over* important s'est produit au sein des différentes directions fonctionnelles, entraînant des répercussions sur l'exercice des fonctions de CAP. En effet, les différents directeurs en place ont successivement instauré des axes de travail différents aux CAP. Certains impulsant une comptabilité analytique forte au niveau des pôles, d'autres laissant de côté les lignes de conduites avancées pour réimplanter l'activité de contrôle de gestion au sein de la DAFAP.

²¹ Guide de gestion des pôles, CHU d'accueil, 2011, p.29.

²² Cela à travers la réalisation de la comptabilité analytique du pôle.

De ce fait, depuis la création de ce métier au sein des pôles, un important effort d'adaptation a été demandé aux CAP, passant d'un profil originaire de contrôleur de gestion à celui de gestionnaire de pôle plus généraliste, en charge de tous les aspects de la gestion quotidienne du pôle.

Ainsi, les CAP sont amenés à multiplier les compétences en matière de gestion de projet, de suivi des commandes, d'appels à projet (AAP), de convention, mais aussi de communication et négociation avec les acteurs du pôle et de la centrale pour s'emparer de son rôle de trait d'union entre l'administration et les services de soins.

A ce jour, il semble que la ligne directrice ne semble plus être, de manière générale, celle du contrôle de gestion. En effet, la nature des pôles dans lequel exerce le CAP va impliquer un exercice plus ou moins axé sur le contrôle de gestion.

Pour illustration, les pôles supports, de par leurs particularités de fonctionnement, disposent tous de CAP ayant un profil très marqué contrôleur de gestion. Au contraire, les pôles cliniques sont l'expression du recul de la dominante du contrôle de gestion et de la prééminence de la polyvalence des missions du CAP. Les CAP exerçant en pôle clinique se voient en effet confier des missions plurielles, dans lesquelles le contrôle de gestion ne tient qu'une place réduite. Les pôles médicotecniques semblent se positionner en « entre-deux », le contrôle de gestion est une véritable dominante pour certain de leur CAP, mais sans que cela ne constitue la règle pour l'ensemble des CAP.

Cette dominante traditionnelle ayant laissée place à une pluralité des missions, les CAP du CHU d'accueil se caractérisent par une multiplicité des profils, des statuts et des positionnements.

c. La diversité des profils des CAP, témoin du caractère pluriel de la fonction

Les CAP du CHU d'accueil sont donc au nombre de vingt-cinq. La majorité d'entre eux exercent leur fonction sur un seul et unique pôle. Deux d'entre eux disposent de deux pôles (rattachés au même directeur délégué). Aussi, trois des six pôles supports sont gérés par deux CAP.

La répartition entre titulaires et contractuels est de l'ordre de 50-50 avec treize titulaires et douze contractuels.

Le grade le plus représentés est celui des AAH, auxquels s'ajoutent des chargés de missions (huit AAH et dix chargés de missions). Cinq CAP sont des techniciens supérieurs hospitaliers (TSH), l'un d'entre eux est un adjoint des cadres hospitaliers (ACH), enfin, un est cadre de santé.

Une profession très largement féminine avec vingt-deux femmes contre trois hommes.

Les formations initiales des CAP sont difficilement identifiables à travers l'analyse des dossiers de ces agents. En ce qu'il est de la formation continue, l'on peut noter que les formations réalisées par les CAP relève des besoins de chacun, sans que des formations spécifiques à la fonction ne soient proposées et donc suivies.

Les CAP ayant suivi une formation d'adaptation à l'emploi sont peu nombreux.²³ Certains d'entre eux ont pu bénéficier d'un accompagnement de la part d'autres CAP lors de leur prise de poste²⁴.

Enfin, il convient de s'intéresser à l'ancienneté des CAP du CHU. Huit CAP étaient déjà en poste en 2011, comptabilisant ainsi entre sept et treize ans d'expérience dans le métier. Entre 2013 et 2015, ce sont neuf CAP qui ont pris leur fonction, à raison de trois nouvelles arrivées chaque année. En 2016, le CHU a pourvu cinq postes de CAP.

Enfin, cette année 2018 témoigne une nouvelle fois du turn over palpable ces dernières années. Entre janvier et juin, trois CAP ont pris leur fonction.

A l'heure actuelle, trois pôles se trouvent dépourvus de CAP. Une démission est à l'origine d'une première vacance de poste (CAP rattaché à deux pôles), une mobilité en interne pour le second.

²³ Il convient de rappeler que seulement six des vingt-cinq CAP que compte l'établissement ont été interrogés.

²⁴ Le plus souvent, cela vaut pour les CAP rattachés au même DD.

Après ces éléments de contexte évoqués, il apparaît opportun de se pencher sur l'exercice de cette fonction afin de tenter d'en définir les contours. Cela dans le but de parvenir à une analyse conforme à la réalité qui permette de proposer des axes d'amélioration quant à la gestion des pôles mais aussi, à la gestion des ressources humaines de ces agents.

2 Analyse de la fonction de CAP : entre benchmarking, entretiens et questionnaire, l'exposition à diverses difficultés s'explique

METHODOLOGIE

Plusieurs outils ont été utilisés dans le cadre de ce travail afin de parvenir à une représentation conforme à la réalité.

Dans un premier temps, afin de déterminer si les difficultés rencontrées par les CAP dans l'exercice de leurs fonctions sont propres au CHU d'accueil ou si celles-ci sont communes à différents établissements, un benchmark a été réalisé auprès des élèves de la promotion Françoise Barré-Sinoussi. Une quinzaine de retours ont été décomptés, une dizaine permettant de confronter les organisations au sein des pôles. Ainsi, tous ont une organisation propre et connaissent des problématiques qui se rejoignent pour certaines.

Ce benchmark a pris la forme d'un mail groupé dans lequel les membres de la promotion ont répondu selon les informations dont ils disposaient à l'exception d'une situation. Un entretien téléphonique a été programmé afin de faciliter le recueil d'informations à propos de l'exercice des CAP au sein de l'AP-HP. (Annexe 2).

Ensuite, le travail a consisté à réaliser des entretiens semi-directifs auprès des membres de l'encadrement du pôle. Ces entretiens ont permis de mieux comprendre les enjeux de ce sujet et de mieux cerner les axes d'amélioration à privilégier pour pallier les lacunes observées. Une grille d'entretien unique a servi de trame pour la dizaine d'entretiens réalisés. Les mêmes thèmes ont été abordés, les questions ont pu se voir apporter de légères variantes afin de s'adapter à l'interlocuteur rencontré²⁵.

Ces entretiens ont été réalisés en présentiel, cela parce qu'il semblait opportun de se positionner dans une démarche de rencontre au vu des sujets appréhendés, une interaction directe facilitant le plus souvent l'échange. Ces entretiens ont, en moyenne, duré une heure (Annexe 3).

Enfin, pour détenir les retours de tous les acteurs de l'encadrement de pôle, un questionnaire a été réalisé à l'intention des chefs de pôles. Ce choix a été fait dans le but

²⁵ Entretiens réalisés auprès de six CAP, de deux DD et d'un CSS.

de s'adapter au maximum à la population ciblée. En effet, les médecins chefs de pôles, de par leur double activité, auraient eu difficilement du temps à consacrer à un entretien physique ou téléphonique. C'est pourquoi le choix s'est porté sur un questionnaire en ligne qui aura pris en moyenne un peu plus de 7 minutes au temps des répondants (Annexe 4).

Les résultats de cette enquête sont de plusieurs ordres.

D'abord, il apparaît des difficultés dans l'exercice des missions des CAP qui sont liées aux caractères personne dépendante et environnement dépendant.

Aussi, le risque d'isolement auquel est exposée la fonction a été évoqué par différents répondants durant les entretiens, impactant directement la question de la QVT.

Enfin, un défaut d'encadrement qui semble ralentir l'installation sereine des CAP au sein de l'équipe d'encadrement des pôles est avancé.

A. Une fonction personne dépendante et environnement dépendant

a. Un sentiment de manque de reconnaissance palpable

C'est le premier résultat frappant de cette enquête. Le manque de reconnaissance a été évoqué par la quasi-totalité des répondants lorsque les entretiens ont porté sur les difficultés rencontrées dans l'exercice des missions. Différents motifs entraînant ce sentiment de manque de reconnaissance ont été signalés.

D'abord, un défaut de coordination des directions centrales qui ne semblent pas mesurer le travail devant être réalisé sur les pôles. Les projets et demandes émanant des différentes directions fonctionnelles arrivant souvent au même moment, ce qui apporte de la complexité dans la réponse devant être apportée par les CAP. A cela s'ajoute un exercice généralement isolé de la fonction de CAP, avec peu de collaboration, qui pourrait pourtant permettre de combler de telles lacunes.

Aussi, le manque d'outils efficaces pour réaliser leurs missions. Il a été évoqué lors des entretiens la nécessité, pour les CAP, de fiabiliser les données du système d'information (SI) à défaut de disposer d'outils adaptés. Cela impliquant une perte de temps dans la réalisation du reste de leurs missions. Les CAP expliquent également que l'absence de SI partagé ne facilite pas l'exercice de leurs missions.

A également été évoqué le sentiment d'être « dépossédé des missions les plus intéressantes ». C'est ici le sentiment de manque d'utilité dans certaines situations que les CAP expriment. En effet, certains CAP regrettent de ne pas être conviés aux travaux de définition de la stratégie du pôle et plus largement, de l'établissement. Pour exemple, les CAP n'ont pas été sollicités pour la concertation mise en place par le CHU d'accueil dans le cadre de la définition du nouveau projet d'établissement²⁶.

Dans le même ordre d'idée, les agents interrogés²⁷ abordent le fonctionnement déconnecté entre la centrale et les pôles.

Premièrement, le sentiment de méconnaissance, de la part de la centrale, de l'implication des CAP et de l'importance du travail qu'ils effectuent.

Deuxièmement, cela se ressent dans l'exercice de l'activité des CAP qui se confrontent à un fonctionnement hyper spécialisé à l'hôpital, où « les processus se suivent et s'additionnent alors que la fonction de CAP est une fonction transversale, qui doit donc conjuguer avec des moyens inadaptés ».

Troisièmement, la hiérarchie jugée lourde, avec des informations envoyées au DD et pas au CAP du fait du fonctionnement en filière²⁸.

De ces difficultés rencontrées dans l'exercice de leur fonction découle, selon les CAP, un manque de reconnaissance de la part de la centrale. Celui-ci s'entend comme le fait que la DG ne semble pas avoir investi, avec la même intensité, toutes les casquettes portées par les CAP.

b. Une difficulté de positionnement rapportée par tous les acteurs interrogés

Cette difficulté de positionnement est présentée de la manière suivante : lors de l'installation des CAP a sein des pôles, l'objectif était de leur confier des compétences dans plusieurs domaines comme le suivi des dépenses, le suivi de l'activité et la réalisation d'étude médico-économiques.

Pour autant, il semble qu'aujourd'hui des spécialistes en la matière aient pris place au sein des pôles, laissant aux CAP que peu de marges de manœuvre pour participer à ces activités. Pour illustration, en matière de suivi des dépenses de pharmacie, un spécialiste

²⁶ Dans le cadre de l'élaboration du nouveau projet d'établissement pour la période 2018-2022, le CHU a témoigné de sa volonté de faire participer tous les acteurs de l'hôpital à la définition de ce projet d'établissement. Ainsi, agents et patients étaient invités à faire part de leurs expériences et de leurs avis pour construire le CHU de demain. Des concertations de différents personnels soignants et administratifs ont également eu lieu.

²⁷ Remarques unanimes de la part des CAP, des DD et des chefs de pôle.

²⁸ La filière administrative comprenant deux acteurs, l'un des deux seulement reçoit l'information pour le compte de la filière.

le réalise du fait de la spécificité de la tâche. En ce qui concerne le suivi d'activité via le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), celui-ci est réalisé, pour certains pôles, par un médecin DIM (département d'informations médicales)²⁹.

Enfin, même situation pour les études médico-économiques pour lesquelles une équipe de contrôleur de gestion est mobilisée avec un référent par pôle.

Ce sentiment de positionnement délicat n'est pas isolé des ressentis des autres membres des équipes d'encadrement des pôles. Les avis des chefs de pôles interrogés rejoignent en effet ce constat. Ils avancent les « marges de manœuvre étroites » dont disposent les CAP, qui semblent avoir « peu de poids face aux directives des directions ». A également été évoquée la « pression de l'institution qui s'avère assez éloignée du terrain », qui sous-entend que, malgré l'appartenance aux deux entités (centrale et pôle), les CAP restent soumis à la centrale, leur rôle de défenseur des intérêts du pôle (dans le sens lanceur d'alerte ou intermédiaire entre les deux entités) étant réduit au devoir d'appliquer la politique décidée au niveau de la centrale.

Enfin, les DD interrogés évoquent eux aussi le caractère dépendant de la fonction de CAP, particulièrement influencée par la façon dont est dirigé le pôle. Ainsi, le positionnement du CAP peut relever du back office ou au contraire, se constituer partie prenante pour la participation à la définition et à la mise en œuvre de la stratégie.

C'est alors le caractère objectif de la marge de manœuvre qui est explicité ici, c'est-à-dire, la place qui est faite au CAP au niveau du pôle et plus largement, au niveau de l'établissement.

A cela s'ajoute le caractère subjectif et personnel dépendant de la fonction, selon lequel le CAP lui-même a une place prépondérante dans son positionnement. En effet, c'est à lui que revient la charge de prendre la place qui est la sienne et de faire de son métier une fonction à la fois support et force de propositions.

B. Un isolement vecteur de mal-être, quid de la QVT des CAP

Le risque d'isolement auquel sont exposés les membres de l'encadrement des pôles a aussi été évoqué par les DD interrogés. Un risque d'isolement qui menace tant les CAP que les DD du fait de l'exercice individualisé de ces fonctions.

En effet, en dehors des deux à trois réunions annuelles organisées par la DAFAP, les CAP ne se réunissent pas pour échanger sur leur activité. Peu de lien et de collaboration, pas

²⁹ Ce n'est pas le cas du pôle blocs opératoires, dans lequel le CAP produit lui-même ses chiffres.

de mise en commun des outils et des méthodes de travail, pas de vision d'ensemble de la gestion des pôles donc.

Dans le même sens, peu de rencontres sont organisées avec les gestionnaires RH placés au sein des plateformes RH (au niveau de la centrale) qui étaient auparavant positionnés au sein des pôles au côté des CAP³⁰. Certains CAP évoquent que peu de liens existent entre eux et les plateformes, ce qui empêche un partage d'information fluide et une GRH de pôle optimale.

Un CAP précise en entretien l'importance d'entretenir de bons liens avec la plateforme chargée de son pôle, ce qui permet de réaliser un tableau de bord des effectifs conforme à la réalité. En exemple, la personne interrogée avance les changements de statut de personnel ayant une répercussion sur le suivi des effectifs et donc, sur les dépenses en personnel du pôle³¹.

Aussi, cet isolement est présenté par les CAP comme le résultat d'un fonctionnement en filière ne les impliquant pas toujours comme acteur du pôle. C'est le cas lorsque les CAP abordent le sujet du financement du pôle. Ils expliquent ne pas disposer des notifications émanant de l'Agence régionale de santé (ARS), qui définissent les financements alloués à leur pôle « alors même qu'il en va de la bonne gestion du pôle que de connaître l'étendue de l'enveloppe alloué par l'ARS ».

Les CAP se sentent quelque peu écartés de cette partie stratégie, ne disposant pas de toutes les informations dont ils ont besoin pour mener à bien la gestion du pôle. Ils expliquent donc se trouver parfois en difficulté face au personnel médical, quand il s'agit de leur apporter une réponse sans être en possession de tous les éléments.

Ces difficultés impactent la QVT des CAP. La Haute autorité de santé (HAS), définit la démarche de QVT comme « les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des établissements de santé. Elle s'appuie sur l'expertise des professionnels quant à leur propre travail et à leur capacité à identifier des marges de manœuvres et des moyens d'améliorer les organisations. Cette démarche est d'autant plus nécessaire quand les organisations se transforment. Elle appelle à des modifications managériales pour sortir d'un système hiérarchique descendant

³⁰ Installation des plateformes RH en 2014, dans lesquelles les anciens gestionnaires RH placés auprès des CAP ont été regroupés. L'objectif étant de parvenir à une harmonisation des pratiques afin de rendre la gestion RH des pôles homogène.

³¹ C'est ici l'exemple du congé maternité devenu congé parental, qui a une incidence sur le traitement de l'agent et donc, sur les dépenses en personnel du pôle.

et aller vers une organisation plus transversale et plus souple qui permet des prises de décision nourries également des expériences de terrain. Elle n'est pas limitée à certaines personnes désignées, elle est l'affaire de tous³² ».

Cette démarche de QVT des CAP semble, à ce jour, non effective, alors même qu'une tentative de lancement a eu lieu en 2015 avec la création du collectif cadre au sein du CHU. Il s'agissait alors d'assurer une protection aux cadres exposés aux risques psychosociaux. A ce jour, ce collectif cadre ne semble pas être parvenu à résoudre les dysfonctionnements évoqués plus haut. Aussi, les réunions, peu nombreuses, ne permettent pas d'impulser la dynamique de groupe voulue par la DG.

Les difficultés rencontrées par les CAP dans l'exercice de leurs missions semblent trouver leur source dans un encadrement fragilisé par le turn over des directions fonctionnelles.

C. Un apparent défaut d'encadrement préjudiciable

Ce défaut d'encadrement est préjudiciable à la fois pour la gestion des pôles et pour la gestion des ressources humaines des CAP.

Préjudiciable pour la gestion des pôles d'abord qui est largement dépendante de ses acteurs. La gestion polaire se trouve quelque peu affaiblie du fait du manque d'encadrement de la filière administrative au sein des pôles. Ce défaut d'encadrement dont découlent les difficultés d'exercice évoquées par les personnes interrogées peut en partie s'expliquer par l'important turn over qu'a connu le CHU ces derniers temps.

En effet, de nombreux mouvements ont eu lieu au sein des différentes directions, notamment au niveau de la DAFAP, à laquelle sont rattachés les CAP. Cela ayant un impact direct sur la ligne de conduite donnée aux CAP, les changements de directions étant synonymes de changement de vision du métier. Certaines directions valorisant la casquette contrôleur de gestion des CAP, d'autres faisant le choix de les libérer de la comptabilité analytique.

³² HAS, La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins, du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, septembre 2017, p.7.

Aussi, certaines directions ont choisi d'investir dans les équipes d'encadrements, comme ce fut le cas avec la mise en place des comités cadres en 2015, dont l'objectif était de créer un « espace d'échange, de veille et de proposition sur les problématiques les plus récurrentes de l'encadrement³³ ». Comme déjà évoqué, ce collectif n'est à ce jour pas consolidé.

En parallèle de ces changements de vision, la fiche de poste des CAP n'a pas connu de modification substantielle. Une fiche de poste généraliste a été créée par l'établissement et de ce fait, ne correspond pas à tous les postes de CAP actuellement en activité. Les agents exerçant ce métier disposent de la même fiche de poste, alors même que leurs missions peuvent être diamétralement différentes pour diverses raisons, comme cela a été évoqué plus haut.

Préjudiciable pour la GRH des CAP ensuite. Ce défaut d'encadrement de la fonction se répercute sur la GRH de ces agents. Les caractères personne dépendant et environnement dépendant impliquent qu'un profil particulier de CAP soit recherché, des personnes aptes à s'adapter facilement à l'environnement qui les entourent mais aussi, capables d'être force de proposition afin de parvenir à un positionnement opportun. Aussi, la pluralité des missions exige que les agents recrutés soit polyvalents et capable d'interagir avec une pluralité d'acteurs. Des efforts d'adaptation sont donc nécessaires pour que la communication soit effective.

La dominante contrôle de gestion, variable selon les pôles, n'étant pas clairement identifiée, le recrutement de CAP s'avère complexe. Les profils recherchés divergent donc selon les pôles sans que des fiches de postes spécifiques ne soient proposées aux candidats.

Aussi, le recrutement du CAP revenant au directeur délégué de pôle, celui-ci détient un rôle primordial dans la définition de l'encadrement des fonctions du CAP.

Enfin, de manière plus générale, ce défaut d'encadrement peut être considéré comme l'origine du mal-être des CAP. Ces derniers ne sachant pas clairement ce qui est attendu d'eux au vu des moyens qui leur sont alloués. C'est pourquoi, les équipes des pôles attendent beaucoup de l'arrivée du nouveau directeur en juin 2018 pour définir d'une politique, d'une stratégie claire pour le positionnement des administratifs au sein des pôles.

³³ Extrait document interne du CHU, PowerPoint de présentation, Renforcement du rôle et de la place de l'encadrement au CHU d'accueil, juin 2015.

3 Préconisations pour une gestion des pôles efficiente : investir dans la filière administrative exerçant au sein des pôles

Il apparaît, après analyse des données collectées dans le cadre de cette enquête, que des actions peuvent être mises en œuvre afin de pallier les lacunes observées. En effet, réagir à ces observations semble être un impératif englobant deux enjeux.

Premièrement, c'est le renforcement et l'amélioration de la gestion des pôles qui entre en considération. Les difficultés rencontrées par le CAP dans l'exercice de ses missions constituent des freins à l'efficience de la gestion polaire.

Deuxièmement, la gestion des ressources humaines des CAP, parce que non clairement définie, entraîne une instabilité du personnel des CAP. Une GRH plus engagée semble être réclamée par le personnel administratif du pôle, GRH qui permettrait que « la centrale donne les moyens au pôle de s'administrer ».

A. La nécessité de procéder à un encadrement de la fonction de CAP

Un meilleur encadrement de la fonction permettra nécessairement de procéder à un recrutement adapté aux attendus des pôles. Cela en identifiant les profils type qui doivent tenir compte des particularités de chaque pôle (nature du pôle, organisation, activités principales du CAP).

Clarifier les profils permettra de parvenir à une meilleure lisibilité des missions et des attendus du poste et ainsi, à une meilleure visibilité de la fonction au sein de son pôle d'appartenance. Le rôle du CAP étant clairement défini, son positionnement en sera facilité (répartition des tâches claire entre les acteurs du pôle).

Ainsi, tous les acteurs du pôle pourront plus facilement enregistrer le rôle du CAP, la gestion du pôle gagnera en efficience.

Il convient donc dans un premier temps, d'identifier clairement les activités effectuées par chacun des CAP. Cela permettra de procéder à une photographie de la situation actuelle et à mieux cerner les attendus de chaque pôle. Pour cela, créer des groupes de travail composés des CAP et de leur DD afin d'éclaircir les rôles de chacun et

de procéder à un premier comparatif des missions exercées. L'attaché sera chargé de superviser ces groupes de travail et d'analyser les constats et résultats qui en ressortent.

Ensuite, regrouper, autant que faire se peut, ces données au sein de groupe. Les CAP exerçant des fonctions similaires doivent appartenir à un même profil. Il semble, comme déjà évoqué qu'au moins deux profils se distinguent :

- celui des CAP pour lesquels l'activité contrôle de gestion est dominante (pôles supports et médicotechniques à première vue)
- celui des CAP pour lesquels la dominante est celle de la gestion courante du pôle, laissant peu de temps et de moyens pour le contrôle de gestion (pôle cliniques principalement).

Pour autant, cette catégorisation est imparfaite. L'exercice de la fonction de CAP étant également influencé par l'organisation choisie au sein du pôle et par la collaboration entre le CAP et le DD. Procéder à une concertation des DD, des chefs de pôle et des CSS pourrait permettre de définir clairement les attendus du pôle envers les CAP. L'attaché pourra donc recueillir les retours de ces différents acteurs pour mieux comprendre le rôle du CAP et sa place au sein de l'équipe d'encadrement de pôle.

Enfin, permettre aux CAP d'échanger entre eux sur leur activité, sur la valeur ajoutée qu'ils apportent à leur pôle, mais aussi sur les moyens nécessaires à l'amélioration de leurs activités constitue un réel levier d'amélioration pour la gestion des pôles.

Ce travail consistera à relancer le collectif cadre voulu par la direction en 2015. Une collaboration entre les CAP permettra de faire un lien entre les pôles et surtout, leur permettra de réduire le risque d'isolement auxquels ils sont exposés. Une coordination des pratiques pourrait faciliter la réalisation de certaines tâches tout en leur permettant un gain de temps, nécessaire selon eux pour pouvoir opérer un contrôle de gestion avancé³⁴.

Il est donc préconisé d'impliquer les acteurs du pôle dans ce travail d'analyse afin que cette nouvelle définition appartienne aux acteurs concernés. Cela permettra de procéder à un encadrement conforme aux attendus des pôles.

Aussi, ce travail doit être réalisé au regard des liens qu'entretiennent les CAP avec les acteurs de la centrale, soit les contrôleurs de gestion et plus largement la DAFAP, les

³⁴ Certains CAP interrogés regrettant que la gestion quotidienne du pôle (commandes, ne leur laisse que peu de temps à consacrer au contrôle de gestion.

plateformes RH et la DRH, la DAM, et les ressources matérielles³⁵. C'est aussi en mobilisant l'ensemble des acteurs autour de la gestion polaire que cette dernière s'en trouvera renforcée.

La collecte de ces données permettra à la DG de connaître précisément les besoins de la gestion des pôles. Aussi, l'implication de tous les acteurs permettra d'impulser une dynamique polaire nouvelle et sera l'occasion de réinstaurer le dialogue de gestion nécessaire aux pôles pour fonctionner.

Définir une stratégie claire au sein de la Direction afin d'entériner la place des CAP au sein des pôles, c'est donc le défi à relever pour le CHU. C'est aussi une demande qui émane de la quasi-totalité des CAP et des DD interrogés : « si la direction est investie là-dedans, les CAP vont gagner nécessairement en légitimité. La direction ne peut se permettre plus longtemps de laisser de côté ce sujet, il en va de la gestion des pôles »

Ce travail doit être réalisé dans l'objectif de créer une fiche de poste qui corresponde réellement aux missions du CAP afin de leur procurer un gain de lisibilité mais aussi de légitimité. Cette fiche de poste devra être réalisée au regard des missions qu'exercent tous les autres acteurs du pôle afin de ne pas créer de superposition des compétences.

La GRH des CAP s'en trouvera renforcée car le recrutement de ces agents sera opéré avec pour appui une fiche de poste et des attendus clairement définis. Une stabilité dans la définition des missions permettra au CAP de trouver sa place plus facilement, et ainsi, d'être d'autant plus productif dans la réalisation de ses activités. Pour les agents d'ores et déjà en poste, ces actions permettront de redynamiser le collectif mais aussi, de leur témoigner une marque de reconnaissance de la part de la centrale.

³⁵ Direction du SI et de l'organisation (DSIO), direction du patrimoine immobilier et ses services techniques (PISTE), direction du service biomédical, direction des achats, des équipements, de l'hôtellerie et de la logistique (achats et EHL).

B. Investir plus fortement dans la reconnaissance et la valorisation

Comme précédemment évoqué, le turn over que connaît la profession semble en partie s'expliquer par le manque de reconnaissance auquel les CAP se sentent exposés³⁶. Ce turn over se répercute sur la gestion des pôles qui se trouve en proie à une instabilité. Les nouveaux arrivants sur les postes nécessitant une période d'observation et d'adaptation pour s'imprégner de leurs missions, la période de réalisation pleine et entière et de force de proposition n'intervenant qu'après.

Ce turn over a aussi une incidence sur le collectif des CAP qui s'en trouve affaibli. En effet, déjà en proie à des difficultés d'installation depuis sa création en 2015, ce collectif peut difficilement s'imposer alors même que sa composition connaît, presque chaque année, de nombreux changements³⁷.

C'est pourquoi, investir dans la reconnaissance et la valorisation du métier de CAP a un double enjeu pour l'établissement. Celui de gagner en efficience dans la gestion des pôles en permettant une stabilité des équipes d'encadrement des pôles. En parallèle, celui de bénéficier des enseignements que permet la mise en place d'un collectif, grâce aux partages d'expériences, de connaissances et aux échanges souvent créateurs d'innovations.

Donner les moyens à ce collectif de s'imposer semble être un levier à envisager. En effet, ce collectif permettra d'en finir avec le risque d'isolement auquel sont exposés les CAP. Cette dynamique sera l'occasion de comparer les outils et ainsi de déterminer les pistes d'amélioration à envisager. Il permettra aussi de définir les activités pour lesquelles les processus peuvent être uniformisés afin de gagner en efficience.

Ce collectif peut être aussi le moyen de créer des groupes de travail sur des missions pouvant être réalisées en collaboration et en coordination avec d'autres CAP. L'enjeu est bien celui de permettre au CAP de représenter un réel collectif capable de collaboration et auxquels les pôles peuvent faire appel pour traiter d'un sujet. Ainsi, les compétences des CAP seront d'autant plus valorisées et leur reconnaissance s'en trouvera renforcée.

³⁶ Ce manque de reconnaissance est évoqué dans l'établissement d'accueil mais pas seulement. En effet, dans la presse spécialisée, le benchmark réalisé dans le cadre de ce travail ou encore dans les revendications de l'association des CAP.

³⁷ Cf partie 1, p. 13 et p.14.

Enfin, ce collectif peut être l'occasion d'impulser un rayonnement de la gestion des pôles. Il peut constituer une force pour l'établissement et devenir un véritable vecteur d'attractivité pour la profession. Les problématiques de vacances de postes, de turn over et de mal-être au travail peuvent être réglées si des efforts sont réalisés pour attirer, fidéliser et valoriser la profession.

Pour ce faire, il semble intéressant pour la DG d'impulser ce projet, en collaboration avec la DRH et la DFAP. Réorganiser des réunions de comités cadres est un impératif. Ces comités regrouperont les CAP et devront être encadrés par un attaché chargé de la conduite de ce projet. Par le suivi constant de l'avancée des travaux, l'attaché, en tant que représentant de la DG et des autres directions concernées sera gage de l'importance que représente ce projet pour la centrale. En effet, cela permettra de démontrer que la centrale souhaite impulser une dynamique de changement et permettre aux CAP de disposer d'une reconnaissance certaine au regard de la place qu'ils tiennent au sein de l'équipe d'encadrants de pôle.

Il s'agira d'encourager les CAP à participer à ces travaux afin qu'ils deviennent force de proposition et ainsi, maître de la nouvelle délimitation de leur fonction. Cette mobilisation devra également impliquer les autres acteurs de l'exécutif de pôle afin d'impliquer tous les acteurs concernés. En effet, le positionnement des CAP sera facilité si les acteurs de la centrale et ceux du pôle participent tous deux à cette mobilisation en faveur de la reconnaissance des CAP. Et donc peut être aussi une mobilisation pour tenter de trouver des solutions pérennes et nourrir les réflexions sur la place du CAP, son rôle, ses marges de manœuvre, ce qu'il a à apporter, l'intérêt de faire de lui un acteur important de l'encadrement du pôle (pour vaincre la frontière soignant/administratif notamment).

Pour cela, un levier semble devoir être saisi : s'appuyer sur les travaux déjà enclenchés par l'association des CAP³⁸ qui crée un réseau d'échanges entre les CAP et les contrôleurs de gestion dans le but de construire une dynamique de groupe et un sentiment d'appartenance. Ce réseau peut permettre aussi une meilleure visibilité de la profession et donc, une meilleure reconnaissance. Initié en Nouvelle Aquitaine et aujourd'hui en pleine expansion pour s'étendre sur tout le territoire. L'idée est donc de recréer cette démarche

³⁸ www.recap.org

au niveau de l'établissement et de participer aux travaux déjà lancés afin de démontrer l'engagement de donner au CAP la place qui leur appartient.

Enfin, dernière proposition dans cette optique d'améliorer la reconnaissance des CAP, celle de leur confier la mission d'organiser des journées de pôles. Ce projet permettrait de faire se rencontrer les acteurs des pôles, les patients, les agents de la centrale, autour d'un thème afin d'ancrer le sentiment d'appartenance au pôle. Le CAP serait en charge de mobiliser et de fédérer les équipes du pôle. Cette journée serait aussi l'occasion de revenir sur les événements marquants vécus dans les différents services et ainsi de valoriser le travail de chacun. Aussi, elle permettrait d'impulser le partage entre pôles, de faire connaître les projets des uns et des autres mais aussi les moyens mis en œuvre pour y parvenir

C. Renforcer les outils de pilotage à disposition des pôles

Dans le même sens, leur fournir les outils nécessaires à l'exercice de leurs missions semble être un levier sur lequel s'appuyer, tant pour améliorer la gestion des pôles que les conditions de travail des CAP.

Comme évoqué par le rapport des Conférences hospitalières, un certain nombre d'outils existent à la disposition des pôles (tableaux de bord, indicateurs de suivi, etc.), pour autant, « ces outils sont souvent disparates, ne sont pas toujours généralisés et ne correspondent pas toujours aux attentes des équipes. Dans le même sens, les objectifs ne semblent pas non plus intégrer des éléments de collaborations, de partage des tâches. »³⁹

Sur ces deux points, ils semblent que les CAP sont en demande. C'est pourquoi, il paraît opportun de suivre les recommandations de la mission selon lesquelles il convient de « mener une réflexion au sein de chaque établissement sur les outils de pilotage à disposition des pôles⁴⁰ ». En effet, les CAP ont le plus souvent façonné eux-mêmes leurs outils de travail afin de répondre aux mieux aux directives qui leurs sont faites.

³⁹ Conférences hospitalières, Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé, 2014, p.23.

⁴⁰ Idem.

Ainsi, les outils varient en fonction des pôles, les méthodes de travail sont elles aussi différentes, ne leur accordant pas à chacun les mêmes marges de manœuvres. Mettre en commun ces outils afin de définir des processus de travail commun pourrait permettre aux CAP de gagner en efficience dans la gestion de leur pôle mais aussi, d'en finir avec le sentiment d'isolement.

C'est le cas notamment des processus à suivre en cas de déménagement. Ces derniers n'étant pas définis, chaque CAP doit se renseigner pour connaître les modalités en engager pour gérer un tel projet. La mise en place de processus relève de la compétence de chacun, mais ces derniers, s'ils sont mis en place ne sont pas systématiquement partagés avec l'ensemble des acteurs concernés. Réfléchir à une procédure formalisée permettra un gain de temps et d'énergie, leur permettant ainsi de poursuivre leur activité sur les autres missions dont ils sont investis.

Aussi, il semble que le défaut de système d'information partagé constitue une difficulté dans la réalisation de certaines activités. Le guide de gestion de pôle mentionne les outils dont dispose le contrôle de gestion pour faire parvenir au pôle les données nécessaires à la gestion du pôle. Ce document interne prévoyait que soient mis en place des outils à destination de divers agents pour la gestion des pôles. Pour autant, les personnes interrogées soulignent l'absence de SI partagé, provoquant un problème de fiabilisation des données et impliquant de ce fait de consacrer un temps important à cette activité.

Enfin, a été constatée la faible utilisation de l'outil Sharepoint⁴¹, qui revient à ce constat que le travail en réseau n'est pas en place et permettrait pourtant aux CAP de partager, d'échanger et de collaborer sur des activités similaires et ainsi gagner en efficience. Pour illustration, le constat de deux CAP qui travaillent chacun de leur côté sur la problématique des actes non codifiés au sein de leur pôle respectif. Ils ont tous deux engagé, à l'échelle de leur pôle donc, un travail pour pallier ces lacunes. Ce travail consiste pour chacun d'eux à organiser des groupes de travail et à définir d'une stratégie pour faire diminuer et à terme faire disparaître le défaut de codage, qui impacte le budget du pôle.

C'est pourquoi, mettre en place des groupes de travail dans le but de définir les domaines pour lesquels une réflexion doit être engagée afin de déterminer les besoins des

⁴¹ Outils permettant, à travers une plateforme de travail en ligne, de partager des informations, des documents, dans le but de favoriser le travail d'équipe.

CAP en termes d'outils de travail est indispensable. Des outils qui deviendront véritablement aidants et permettront au CAP de se dégager du temps pour la réalisation d'autres tâches.

Ces groupes de travail pourraient être au nombre de cinq et se composer de cinq CAP. Aussi, il pourrait être pertinent de convier les contrôleurs de gestion, pour la redéfinition des outils et des méthodes de travail en matière de suivi budgétaire ou de suivi des effectifs notamment.

L'attaché chargé de ce projet sera lui responsable du bon déroulement des réflexions. Pour cela, il devra suivre les échanges avec le CAP qui sera responsable du groupe de travail. Des feedback seront opérés afin de suivre en continu l'avancée de la réflexion. Il conviendra de veiller à réaliser des liens entre ces groupes de travail, afin que le collectif de CAP soit à même de faire fructifier l'ensemble des travaux.

Enfin, la DG devra s'emparer de cette question des outils adaptés à la pluralité de la fonction de CAP et investir en conséquence pour leur permettre d'avoir des moyens d'action à la hauteur de leurs besoins.

Conclusion

Pour conclure, il est certain que la fonction de cadre administratif de pôle trouve sa richesse et son attrait dans la pluralité de ses missions et des interactions qui l'entourent. Aussi, comme en attestent les témoignages des CAP interrogés, la satisfaction de la profession se trouve dans la capacité à donner au pôle les moyens de s'améliorer. La négociation, l'accompagnement au changement, la conduite de projet, sont autant de compétences et de challenge qui animent les CAP.

Cette fonction, parce qu'en proie à des difficultés, se trouve affaiblie et mériterait de faire l'objet d'une redéfinition de ses contours dans un souci de clarification des attendus et des missions.

Pour l'établissement d'accueil, l'arrivée du nouveau directeur général laisse à penser que ce sujet pourrait être à l'ordre du jour dans le double objectif déjà énoncé de rendre plus efficiente la gestion des pôles et d'améliorer la gestion des ressources humaines de ce personnel pluriel.

Bibliographie

Articles :

De la Lance, Brigitte, Cadre administratif de pôle : un acteur majeur, Paris, Revue hospitalière de France, n°521, mars-avril 2008.

La collaboration entre le cadre paramédical et le cadre administratif, Revue soins cadres, n°86, mai 2013, p.36-38.

Spécial Hôpital expo 2008. Nouvelle gouvernance. Cadre administratif de pôle : un acteur majeur de la nouvelle gouvernance, Revue hospitalière de France, n°521, mars/avril 2008. P.22-25.

Le collectif cadre peut-il donner un sens au pôle, Revue Soins. Cadres n° 98 (mai-juin-juillet 2016), p.48-50.

Le pôle, créateur du collectif cadre ?, Revue Soins. Cadres n° 94 (mai-juin-juillet 2015), p.20-22.

Assistant gestionnaire de pôle hospitalier : Un métier sur orbite, Revue hospitalière de France n° 559, juillet-août 2014, p. 14-19.

Gouvernance interne des établissements publics de santé : Vers de nouveaux équilibres en termes de règlement intérieur et de gestion des pôles d'activité, Cahiers de la fonction publique > n° 369 (septembre 2016), p.42-44

Documents internes :

CHU d'accueil, Règlement intérieur des pôles, 2009.

CHU d'accueil, rapport d'activité 2016, 2017.

CHU d'accueil, Guide de gestion des pôles, 2011.

Mémoires :

L'organisation polaire : facteur d'amélioration de la gouvernance hospitalière ?, Analyse à partir du Groupe Hospitalier Paris Nord-Val de Seine de l'AP-HP, Louise Colas, 2013.

Les pôles : impact de la réorganisation des institutions sur le management, MIP 2012.

Le management du DS dans une configuration en pôle, enjeu de leadership, Florence Akli, 2015.

Les pôles inter-établissements : aboutissement des GHT ?, Cléa Bloch, 2015

L'encadrement des pôles d'activités, exemple de Lariboisière, Catherine Lancrerot, 2005

La professionnalisation du cadre de pôle, une priorité du DS, Claire Rouzaud-Gay, 2014.

Rapports :

Rapport conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Bilan du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé, Paris, 2016.

Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, Rapport du Sénat au Parlement, Paris, 2011.

HAS, La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins, du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, septembre 2017.

Ministère de l'action et des comptes publics, rapport annuel sur l'état de la fonction publique, DGAFP, Paris, 2017.

DREES, Les établissements de santé 2017, Paris, 2018.

Liste des annexes

Annexe 1 : Résultats questionnaire chefs de pôles : compétences

Annexe 2 : Benchmark réalisé auprès de la promotion Françoise Barré-Sinoussi, EAAH 2018, juin 2018.

Annexe 3 : Trame des entretiens réalisés auprès des encadrants de pôles, juin-juillet-août 2018.

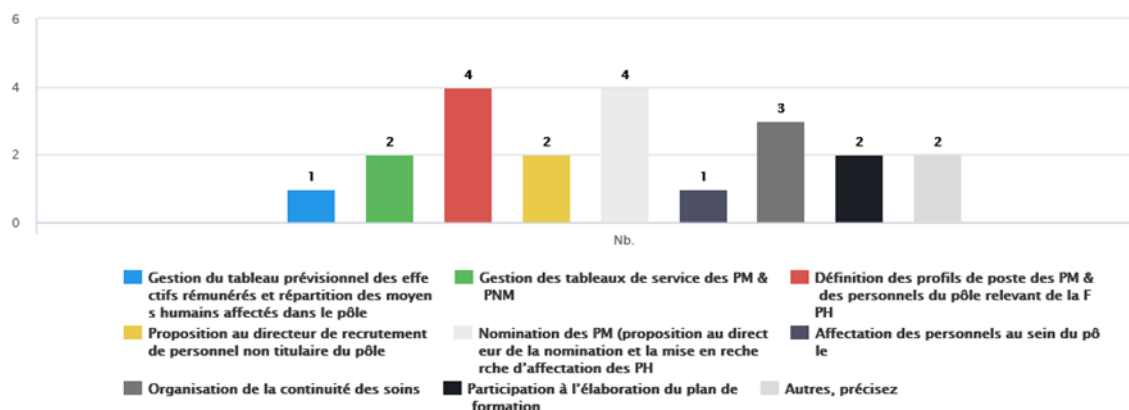
Annexe 4 : Questionnaire en ligne envoyé aux chefs de pôle, août 2018.

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des entretiens réalisés auprès des cadres administratifs de pôle, août 2018.

Annexe 6 : Tableau récapitulatif des entretiens réalisés auprès des directeurs délégués de pôles.

Annexe 1 : Résultats questionnaire chefs de pôles : compétences

#	Question	Nb.
2	De quelles délégations disposez-vous en tant que chef de pôle?	4
	Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés dans le pôle	1
	Gestion des tableaux de service des PM & PNM	2
	Définition des profils de poste des PM & des personnels du pôle relevant de la FPH	4
	Proposition au directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle	2
	Nomination des PM (proposition au directeur de la nomination et la mise en recherche d'affectation des PH)	4
	Affectation des personnels au sein du pôle	1
	Organisation de la continuité des soins	3
	Participation à l'élaboration du plan de formation	2
	Autres, précisez	2



Annexe 2 : Benchmark réalisé auprès des EAAH de la promotion 2018

Ce travail de partage d'expériences a pour but de détenir des informations sur la place des cadres administratifs de pôles (CAP) dans les différents établissements publics de santé (EPS) accueillant des EAAH de la promotion Françoise Barré-Sinoussi.

L'idée est la suivante : il s'agit de connaître l'organisation polaire choisie par l'établissement (présence de directeur délégué ou directeur référent de pôle), de déterminer si les CAP bénéficient d'un encadrement spécifique (fiche de poste clairement définie, lissage des missions des agents sur ce poste), de savoir s'ils éprouvent des difficultés dans l'exercice de leurs missions et auquel cas, de les analyser afin de proposer des préconisations en vue de parvenir à une amélioration des conditions de travail ou du bien-être au travail.

Ainsi, mes camarades de promotions ont répondu aux interrogations suivantes :

- Quelle organisation choisie pour l'équipe d'encadrement du pôle ?
- Votre établissement compte-t-il des CAP dans ses effectifs ?
- Quel est leur profil de poste ?
- Quel est le niveau de qualification et/ou leur grade ?
- Quelles difficultés sont rencontrées dans l'exercice de leurs missions ?

Aussi, ce travail d'enquête a consisté à interroger deux camarades de promotion ayant eu une expérience de CAP. L'un d'eux au sein d'un établissement de l'AP-HP. La fonction de CAP au sein de l'AP-HP m'a été présentée comme la plus aboutie au niveau de l'exercice des missions d'un CAP, il m'a semblé opportun d'en savoir plus.

En voici ci-après, les résultats :

CHU Besançon – Doubs (25) :

14000 lits et places – 3 sites – 19 pôles

Expérience de **CAP + contrôle de gestion** à la Direction des Finances en central, rattaché à la Direction des Finances. « Le positionnement n'était pas toujours évident car j'étais parfois au courant de certaines décisions en central qui pouvaient influencer sur l'organisation du pôle sans pouvoir en parler ».

Au CHU de Besançon les CAP pouvaient être **sur plusieurs pôles** en fonction de la taille des pôles et des missions à assurer en centrale à la direction des finances.

Le recrutement se fait sur un Bac +5, idéalement en comptabilité ou contrôle de gestion mais pour le dernier recrutement la personne avait en master en lien avec le domaine de la santé.

Autre différence dans les différents établissements : le grade. Au CHU de Besançon les CAP sont recrutés en catégorie B comme TSH alors que d'autres établissements recrutent en ACH (devient de plus en plus rare) et d'autres en catégorie A comme AAH ou Ingénieur.

CHU Tours – Indre-et-Loire (37) :

2008 lits et places – 6 sites – 15 pôles

Les CAP sont rattachés aux finances depuis 2015 (année de leur création). Le contrôle de gestion est leur interlocuteur privilégié pour la passation des tâches.

Important Turn Over pour les raisons évoquées ensuite. Certains ne sont restés qu'un peu plus de 50 jours en poste.

Le contenu des tâches est très « **organisation dépendante** » : les CAP disposent **de 3 pôles à gérer, leurs fonctions sont alors plus RH et moins financières**. Alors qu'à l'AP-HP les CAP n'en n'ont qu'un mais gèrent en parallèle les secrétariats médicaux.

Le CAP est l'interface du pôle avec l'ensemble des directions et des services. Lors de la mise en place d'un projet, le CAP va budgéter l'ensemble des dépenses marginales et ainsi compléter la fiche projet. Il intervient également lors des réunions de bureau de pôle ou avec la direction générale pour présenter l'état financier du pôle. Son rôle sera alors très « **personne dépendante** ».

Les pôles sont gérés par **un chef de pôle, un cadre supérieur de pôle, un cadre administratif de pôle et rattachés à un directeur référent**. Suivant la personnalité du directeur référent, l'attaché aura plus au moins d'autonomie. Il en va de même avec le chef de pôle qui peut vouloir être consulté pour toute action du CAP.

Il est beaucoup reproché à Tours du **manque de responsabilité CAP** qui peut se retrouver cantonner à un **rôle d'interface et de mise en forme peut valorisant**.

L'avantage du poste de CAP est d'être plus sur le terrain et plus au contact des services, de savoir ce qu'il s'y passe et d'avoir une vision globale de l'hôpital. Ces tâches peuvent se résumer ainsi :

- Contrôle de gestion
- Accompagnement des projets
- Animation de la vie du pôle

Son but est de soulager le médecin, chef de pôle, des tâches administratives liées à son pôle.

CAP en poste depuis quelques mois– poste nouvellement créé donc fortes difficultés à exercer parce qu'elle n'avait aucune idée de ce qu'on attendait d'elle et que le pôle avait l'habitude de fonctionner sans elle. Prendre ses marques a été réellement difficile et elle n'était pas du tout sollicitée au début (sentiment de ne servir à rien...) Rien n'est vraiment défini pour cette fonction qui dépend vraiment du pôle dans lequel on exerce ses fonctions.

CHU Reims – Marne (51) :

2400 lits et places – 8 sites – 14 pôles

2 CAP rencontré. L'un était un ancien infirmier, l'autre était attaché contractuel dans une direction. Une difficulté commune concerne les **contrats de pôles** annuels. Ce contrat intègre des objectifs de performance, notamment les taux d'occupation. Ce qui est paradoxal est la signature de ce

contrat. Il est souvent signé en septembre de l'année N en question ce qui leur laisse 3 ou 4 mois pour respecter leurs objectifs. On perd donc un peu de son utilité. Ce retard est dû d'une part à la difficulté d'obtenir les données du DIM avant Mai et d'autre part, l'obligation d'attendre l'établissement du projet d'établissement.

Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud – Hautes-Alpes (05) :

535 lits – 3 sites – 7 pôles

Un CAP pour l'ensemble des pôles qui fait office de **contrôleur de gestion et AAH rattaché aux finances**, ce qui lui laisse peu de temps pour réaliser un vrai travail de pôle.

CH de Forbach - Moselle (57) :

489 lits et places – 4 étab – 5 pôles

Un CAP pour le pôle gériatrie (grosse activité avec des EHPAD sur plusieurs sites). En conséquence, il est seul et éprouve quelques difficultés à se positionner :

- **Difficultés de coordination avec des référents administratifs**: par exemple, il existe aussi un référent administratif pour le personnel du standard et les secrétaires et leurs fonctions peuvent se croiser sur l'organisation du secrétariat en pôle gériatrie (gestion des remplacements ou formations);
- **Difficultés de coordination avec le médecin chef de pôle** qui court-circuite parfois le cadre administratif pour saisir directement les directions sur certaines questions administratives qui doivent en principe être traitées par le cadre.

APHP – CHU Henri Mondor (75):

Témoignage CAP à l'AP-HP - 800 lits et places – 12 pôles – 5 établissements

Contexte : En poste 10 mois sur un poste vacant depuis 1 an, donc difficultés nombreuses lors de la prise de poste. Aussi, arrivée d'un nouveau chef de pôle, le CAP avait le sentiment que ce dernier n'avait pas connaissance de la fonction de CAP et des activités qui lui reviennent.

Particularité : c'est le **cadre paramédical du pôle qui était en charge de la GRH du pôle**. PAS de DD.

Activités principales : CAP rattaché à la DAF, donc contrôle de gestion, compta analytique. Equipe DAF comprenait : 1 contrôleur de gestion, 1 responsable contractualisation interne (contrat de pôle, suivi budget de pôle, indicateurs, ...) **CAP responsable de la gestion et du pilotage médico-économique du pôle**, en lien avec le cadre paramédical et en interface avec la DG. Délégation de gestion pour le CAP : prévision budget (titre 2 et titre 3), activité année à venir, macro, suivi activité/trimestre, projet d'exhaustivité, formation auprès des médecins pour le développement du codage.

Missions permanentes : pilotage médico-économique du pôle :

- Etude médico-économique
- Projets et contrats de pôle
- Négociation du budget
- Autorisation
- Ouverture/fermeture lit

Gestion des ressources du pôle :

- RH en lien avec cadre paramédical
- Optimisation des commandes
- Suivi économique et qualité prestations hôtelières, informatique et logistique.
- Plan de formation
- Suivi des recettes du pôle
- Suivi des indicateurs de contrat de pôle
- Communication et relais au sein du pôle = rôle de messenger surtout pour son rôle d'aide au codage. Réunion de suivi de l'amélioration codage du DAF, DAF présent, CAP aussi, donc compris intérêt du CAP

Rapport avec les autres interlocuteurs :

- Chef de pôle : faiblesse du travail collaboratif qui n'a pas l'air d'avoir bien cerné l'utilité du CAP. Soit, temps d'adaptation nécessaire pour un chef de pôle nouvellement arrivé.
- Autres CAP : Une réunion annuelle institutionnelle qui permettait d'échanger et de créer du lien. Lors de la prise de poste, aidé par 2 – 3 autres CAP qui sont restés ses interlocuteurs par la suite.

CH départemental de Bischwiller - Bas-Rhin (67): Landdry

818 lits – 4 pôles - Pas de CAP

CH Guingamp – Côtes d'Armor (60) :

581 lits, pas d'organisation en pôle - Pas de CAP. **Le contrôle de gestion est réalisé par les CSS en lien avec le contrôleur de gestion de l'hôpital.**

CH Clermont-Ferrand – Puy-de-Dôme (63) :

1947 lits – 15 pôles - Pas de CAP

CH Moulins-Yzeure – Allier (03) :

922 lits – 7 pôles - Pas de CAP. **Contrôleur de gestion + gestion des pôles par le trinôme chef de pôle – CSS – Directeur référent)**

CH Cholet – Maine-et-Loire (49) :

846 lits – 5 pôles - Pas de CAP

Annexe 3 : Trame des entretiens réalisés auprès des cadres administratifs de pôle (CAP) et des directeurs délégués (DD)

Le **constat premier** tiré de ces deux stages est le suivant : les CAP sont un personnel pluriel par nature. Aussi, ils sont amenés à exercer des missions transversales, variées, qui pourront être différentes selon les pôles, cela pour des raisons liées à l'environnement de travail ou en raison du caractère personne dépendant de la fonction. Réaliser ce travail d'enquête va donc permettre d'éclairer, autant que faire ce peu, sur ce métier et ainsi, de dégager des pistes d'amélioration dans le but de gagner en lisibilité.

Les thématiques retenues pour discuter avec les interlocuteurs sont sensiblement les mêmes pour les CAP et pour les DD.

Ainsi, il s'agira de les interroger sur les thèmes suivants :

- **Leur parcours professionnel et leur prise de poste de CAP :**

D'où viennent-ils, quelle est leur formation, quelle expérience avant d'arriver sur les pôles ?

Comment s'est passée leur prise de poste, y-a-t-il eu un accompagnement, un relai, une passation, une formation ?

- **Leur poste actuel**

Aborder quelques éléments sur le/les pôles géré(s)

- Projets, particularités (budgétaires ou autres)
 - Organisation du travail, quelle délégation de la part du directeur délégué ?
- Quelles sont les activités réalisées, quelle activité prend plus de temps ?

Points forts du poste ?

Quels éléments à maîtriser pour ce poste ?

Quelles relations avec les interlocuteurs :

- Bureau de pôle (directeur délégué, cadre supérieur de santé, chef de pôle)
- Centrale (DRH & plateforme, DAM, DAF, DSIO, etc.
- Equipes soignantes
- Autres CAP de l'établissement

- Rencontrez-vous des difficultés dans l'exercice de vos fonctions ?

- Quelles sont, selon vous, les pistes d'améliorations à suivre pour rendre cette fonction plus attractive et faciliter son exercice ?

Annexe 4 : Sollicitation en mailing des chefs de pôle

Bonjour,

Je suis élève attachée d'administration hospitalière en formation à l'école de Rennes, actuellement en stage à la DRH du CHU.

Je réalise mon mémoire sur les cadres administratifs de pôle, une fonction plurielle par nature, aux missions variables selon les pôles mais aussi, selon les établissements (objectif de réaliser une comparaison avec d'autres établissements au niveau national).

Après avoir réalisé des entretiens auprès de cadres administratifs de pôle, de directeurs délégués et de cadres supérieur de santé, je souhaite recueillir les impressions des chefs de pôles, afin d'avoir une représentation de la fonction encadrement au niveau des pôles.

Je viens donc par ce message vous solliciter en vous transmettant un questionnaire de 8 de questions. Lien pour accéder au questionnaire en ligne : <https://app.evalandgo.com/s/?id=JTk2biU5NHEIOTclQjl=&a=JTk1cSU5QXAIQUIIQjE>

Vos retours me permettraient de mieux comprendre la position des CAP du CHU et ainsi, de faire avancer mon travail.

En espérant que ce projet attire votre attention, je me tiens à votre disposition si besoin est à l'adresse suivante : laura.lascassies-tailhan@eleve.ehesp.fr

Respectueusement

Laura Lascassies-Tailhan

EAAH – Promotion 2018 – EHESP

laura.lascassies-tailhan@eleve.ehesp.fr

Bonjour, et merci à vous de m'accorder ces quelques minutes pour compléter ce questionnaire

1. Vos nom et prénom (à titre informatif uniquement, les réponses à ce questionnaire seront anonymisées) *

2. De quelles délégations disposez-vous en tant que chef de pôle?

Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés dans le pôle

Gestion des tableaux de service des PM & PNM

Définition des profils de poste des PM & des personnels du pôle relevant de la FPH

Proposition au directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle

Nomination des PM (proposition au directeur de la nomination et la mise en recherche d'affectation des PH

Affectation des personnels au sein du pôle

Organisation de la continuité des soins

Participation à l'élaboration du plan de formation

Autres, précisez

3. Quelle répartition des tâches avec le directeur délégué de pôle?

4. Quels rapports entretenez-vous avec le cadre administratif de pôle?

En lien direct, vous le sollicitez lorsque vous avez besoin

En lien indirect, vous avez un interlocuteur intermédiaire

Précisez l'interlocuteur intermédiaire

5. Quels rapports entretenez-vous avec le cadre supérieur de santé(CSS)?

En lien direct, vous le sollicitez lorsque vous avez besoin

En lien indirect, vous avez un interlocuteur intermédiaire

Précisez l'interlocuteur intermédiaire

6. Rencontrez-vous des difficultés dans l'exercice de vos missions?

7. Avez-vous détecté des difficultés propres aux cadres administratifs de pôles dans l'exercice de leur mission? Si oui, quelles sont-elles?

8. Quelles pistes d'amélioration peuvent-être étudiées selon vous pour rendre plus efficiente la gestion au niveau des pôles?

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des entretiens menés auprès des cadres administratifs de pôle

	CAP 1	CAP 2	CAP 3	CAP 4	CAP 5	CAP 6
Classification	Pôle clinique	Pôle clinique	Pôle clinique	Pôle clinique	Pôle support	Pôle médicotechnique
Particularités du pôle		présence d'une secrétaire pour effectuer certaines taches de façon à dégager du temps au CAP pour réaliser missions où VA >	recrutement d'un adjoint administratifs qui fait le rôle de gestionnaire (keenweb, fermeture de lit, enveloppe informatique, etc.)	secrétaire pour effectuer certaines taches - Ce pôle a connu de nombreux projet et certains sont encore à venir ou en cours: , télémedecine	pas de CSS mais des ingénieurs, fort contact avec la centrale CAP entouré de: - 1 ACH : suivi RH, carrière, formation, effectifs, projets RH, formation etc. - 1 ACH : suivi budgétaire et activité - Adjoint adm : assistance RH et budget	CSS fait la partie RH du boulot CAP: analyse, étude médioéco, tableau de bord ==> soit, org de basé axée contrôle de gestion surtout pour biologie

Présentation métier	<p>Activités logistiques: dmd et suivi de travaux ==> dmd bcp de temps</p> <p>Activités RH: w en collab avec PTFMRH, lorsqu'ils sont passés des pôles aux plateformes, des missions sont revenue aux CAP notamment: mise à jour mouvement agents</p> <p>Activité contrôle de gestion: toutes les autres taches laissent peu de temps à cette mission, analyse d'activité, dialogue de gestion MEP par ancien DG (il y a 5 ans), devaient être mises en place des réunions trimestrielles entre pôles et centrale (DRH, DAF, DAM et DS) Anc DFin a mis fin à ces réunions car pas suivies de décision,</p>	<p>faire en sorte que l'environnement = optimal pour PEC de qualité des patients. tous les aspect de la vie du pôles: projet de pôle</p> <p>contrôle de gestion (RH et recettes/dépenses, suivi activité)</p> <p>RH: : w collab fort avec CSS via MAPE, affectation 2ndaire PM, bordereau recrutement, interim IDE et AS conv (suivi conv téléM ici c'est une serétaire qui s'en charge)</p> <p>Financement MIGAC: renouv de contrat, w avec DAF et DAM pour accord, parvenir à financer recrutement auprès DAM et DAF via suivi des effectifs enquête N AAP</p> <p>logistique du pôle (suivi enveloppe informatique ==> achat de matériel, suivi enveloppes budgétaires</p>	<p>Projet pôle digestif: transfert du pôle sur Purpan, donc occupe beaucoup de le CAP soit activité</p> <p>d'accompagnement de projet forte ici</p> <p>-</p> <p>RH: saisonnalité, prévisionnel RH</p> <p>-</p> <p>3 grandes missions:</p> <p>- suivi des effectifs (prend du temps)</p> <p>- suivi de l'activité</p> <p>- suivi des dépenses (passe à la trappe car gros turn over à la DAF donc cette mission n'est pas vraiment laissée aux CAP)</p> <p>-</p> <p>enquêtes et MIG SAE prennent du temps aussi</p>	<p>Chacun a son idée du métier, chacun en fait ce qu'il veut</p> <p>attractivité du poste: travail avec médecins pour qu'ils aient tout ce dont ils ont besoin pour exercer leur mission</p> <p>idée que trop imposer angle</p> <p>contrôle de gestion au CAP : flicage des médecins. Or, Clément a l'APHP W bien et bon contact, lui non plus pas de contact avec le chef de pôle.</p> <p>Note de conjoncture réalisée chaque mois au niveau du pole (organisation propre)</p> <p>Partie la plus importante du travail: réunion, équipement, projet de pôle, saiso pour effectif,</p>	<p>Activité contrôle de gestion donne du sens à l'activité tant pour les décideurs que pour les agents + permet fonction d'alerte: structurer l'info pour la rendre lisible.</p> <p>→ cœur du mérier surtout pour les services médicaux</p> <p>suivi activité: prévisionnel dépenses recherche exhaustivité mais focalisation sur domaine précis</p> <p>démarche contrôle de gestion pour chaque service (restauration, hôtellerie, transports) construction de l'EPRD grosse partie du travail du CAP pour le suivi budgétaire</p> <p>CAP a un rôle de soutien aux différents services du pôle pour leur suivi d'activité et pour la GRH</p>	<p>activité majeure: - contrôle de gestion: liens forts avec la DAF et la DG surtout sur pôle MéxicoTechniq qui peuvent s'assimiler à des prestataires de services ==> contrôle de gestion est le cœur du méier de CAP sur ces 2 pôles.</p>
Interet du métier	transversalité - participation aux projets	parvenir à faire avancer le pôle , notion de service public est bien présente sur ce poste	vision du terrain remonter difficultés mais aussi vision de la centrale sentiment d'appartenance au pôle > appartenance centrale	polyvalence: attractivité du métier, tient surtout au fait que les interlocuteurs sont très variés, cœur même de l'hôpital	Savoir faire & faire savoir important contrôle de gestion fort du fait du profil du CAP mais aussi parce que pôle s'y prête.	Bonne gestion du pôle indispensable pour maintenir la qualité de la PEC des patients
Mots clefs		négociier - ne rien lâcher	négociation- collaboration	adaptation- relationnel		

		pouvoir d'adaptation et de réactivité s'adapter à toutes les situations et savoir répondre à toutes les questions	Excel + aimer les chiffres contact avec tout type d'interlocuteur, négociation, pédagogie	juste milieu entre autonomie et reporting au DD à trouver adapter son langage à chaque interlocuteur	relationnel Excel	Excel
		Appel à la DRH pour aide contrôle de gestion soc + lien fort avec plateformes RH W avec DAF et DAM pour financement MIGAC	Rencontre org par la DAF tous les 2-3 mois (DAF, contrôle de gestion et CAP) Lien avec DAF et DRH, moins avec autres avec DAM, pas de suivi des vacances du pôle	peu de contact, cloisonnement fort	relation avec la DAF et la DRH; amélioration avec changement de direction, meilleur lien avec les directions qui sont aujourd'hui plus investies.	
B U R E A U D E P O L E		w collab fort, CAP en support au CSS (ex: besoin de matériel)ou Tableau des emplois réalisé ensemble	suivi saiso réalisé avec CSS (cette collaboration n'est pas la même dans tous les pôles)	W en collab sur certains points; délégations entre CSS et CAP, partage du travail décidée ensemble		CSS chargés de la gestion RH donc travaille seul là-dessus le CAP se consacre au contrôle de gestion.
			- - W collaboratif avec le bureau de pôle, DD associe beaucoup ses CAP au dialogue et à la décision, dimension politique, stratégique, w collaboratif et efficace			
		CAP appel DD si besoin aide pour débloquer situation sinon le CAP gère le reste du temps - W collab pour projet, GHT, négocier le budget		RDV hebdo avec DD		
		ok saisie maladie, affectation, sollicitée par CAP pour affectation surtout	ok	difficultés de communication		aucune, c'est le CSS qui travaille avec elles

Relations avec les cadres de santé		contact direct CAP et cadres de santé, appel au CAP si besoin info sur pcd	ok			simple partage info mais répartition du travail contrôle de gestion au CAP et RH au CSS
Relations avec autres CAP	en contact avec 1 autre CAP	en contact avec 1 autre CAP	travail d'équipe avec les CAP relevant du même DD	peu de contact avec les autres CAP		peu de lien, très lié au service contrôle de gestion
Relations avec autres interlocuteurs		avec resp des secrétariats médicaux: w en collab pour avoir des FFI (faisant fonction d'internes) donc rapport avec la DAM		avec la coordinatrice: cadres des secrétaires m, réu chaque semaine pour suivre		
Pbmtq du pôle	dossier sans codage, groupe de travail au niveau du pôle	dossiers sans codage, groupe de travail au niveau du pôle				

<p align="center">Difficultés de la fonction de CAP</p>	<p>Liberté dans org des pôles : fonctionnements variables</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Pas de fiche de poste officielle, le dernier DRH en avait prévu une (couvrant 2 profils) mais pas d'avancée depuis ==> cela renvoi au</p> <p>Problème de reconnaissance du métier : pas de fiche de poste renvoi à l'idée qu'il n'y a pas de volonté de miser sur cette profession</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Utilisation d'Excel et de Acces, car pas de logiciel, pas d'outils métier ==> pbm: pas de sécurisation des données</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Système d'info très complexe</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Petites taches prennent trop de temps et n'en laissent pas assez pour le contrôle de gestion</p>	<p>Manque d'outil de travail type check-list pour les processus qui reviennent souvent:</p> <ul style="list-style-type: none"> - déménagement - statistiques - notes de services - etc <p>outils pas performants :Outils à dispositions mais pas d'aide à l'exploitation des données donc obligé de faire soi même des tableaux pour réaliser les suivis</p> <p>Blocage de l'info DAF ATTENTION: au contrôle de gestion ils ne disposent pas non plus de ces infos donc pas de rétention d'info</p> <p>Turn over fort des fonctions de direction et des agents aussi de manière plus générale, couplé au caractère personne dépendant de la fonction de CAP:</p> <p>difficultés renforcées dans cadrage des missions</p> <p>turn over fort donc difficulté de trouver des personnes spécialisées et dons, le bon interlocuteur</p>	<p>Blocage de l'info DAF :(MIG) ATTENTION: au contrôle de gestion ils ne disposent pas non plus de ces infos donc pas de rétention d'infos ou encore, accès aux données pour activité externe: pour avoir toutes les infos il faut demander données au contrôle de gestion (CAP n'a pas accès au logiciel) Pbm : quand médecins demandent au CAP pourquoi pas de budget, CAP pas en capacité de rpd, car pas d'info sur notification ==> renvoi pbm de reconnaissance et de légitimité pour les CAP</p> <p>difficulté de positionnement car idée de base était de donner compétences aux CAP en matière de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivi dépenses: mais ex pharma, spécialiste doit le faire car complexe - suivi activité :via PMSI mais médecin DIM spécialiste - étude médico-éco: équipe de contrôleur de gestion avec 1 référent par pôle les réalise 	<p>≠ gestion entre pôles en fonction filière + en fonction financmt, Trad CdG du métier de CAP (DG en place) laissé de côté pas de déf du new rôle (turn over préjud)</p> <p>pbm reconnaiss : sentiment que la centrale est mieux considéré que le pôle Q° de savoir si centrale sait vraiment ce que font les CAP</p> <p>Problème d'attractivité du poste</p> <p>Hierarchie lourde, fonctionnement en filière : adm (DD) /soignante (CSS) /m-technique (chef de pôle)</p> <p>fonction polyvalente, polyvalence = perte d'autonomie alors que spécialisation pousse plus à l'autonomie.</p> <p>Pbm d'une fonction hyper transversale qui se confronte à un fonctionnement hyper spécialisé</p> <p>Turn over fort :Pbm des Directions fonctionnelles pas coordonnées: problème de manque de cohésion du groupe de CAP</p>	<p>PBM de reconnaissance: pas toujours évidente car méconnaissance implication/importance travail effectué soit ce souci de déficit de reconnaissance se retrouve ici aussi même si ressources mat sont plus proches de la DG</p> <p>SI difficilement exploitable = problème de fiabilisation des données, obligé de contrôler données pour pouvoir travailler ce qui demande beaucoup de temps supplémentaires. en plus,</p> <p>pas de Si partagé, donc ne facilite pas les choses = différents logiciels métiers qui n'interfèrent pas entre eux arrivée de CHRONOS pr remplacer Gestor va aider,</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Turn over fort aussi au niveau des postes de directions, ce qui a rendu difficile l'activité du CAP aussi (différents visions s'enchainent, différents exercice aussi du coup, rend activité complexe aussi car obligation de s'adapter aussi) aujourd'hui l'équipe semble plus propice</p>	<p>pas de SI de gestion qui en permet pas de faire une analse micro des finances</p> <p>Turn over : instabilité qui entraine lui-même un problème de communication entre la DAF et les CAP</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Pbm de la fiche de poste des CAP: toujours pas adaptée à la réalité de l'exercice des CAP, du coup, si une fiche de poste doit être faite, elle doit tenir compte des relations avec les autres interlocuteurs, des missions du CAP bien sur mais aussi beaucoup des interactions entretenues avec les autres acteurs du pôle et avec les agents de la centrale.</p>
--	---	--	--	--	--	--

<p>Pistes d'amélioration</p>	<p>Définir un cadre général pour l'organisation des pôles et donc l'exercice des fonctions de CAP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parvenir à élaborer une fiche de poste qui corresponde réellement aux missions du pôle en question. Car chaque pôle fonctionne différemment et les équipes varient selon les pôles donc fiches de postes doivent être adaptées à la fonction en question. 	<p>MEP partage de connaissances et expériences entre CAP via groupe de travail ou groupe d'échange sur les pratiques de chacun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idée de créer un lien entre les différents CAP, de tenter de créer un esprit de groupe, un collectif des CAP. 	<p>Manque groupe de CAP qui permettrait de créer plus de collectif, à l'image des CSS qui sont dépendant du DS, les CAP sont dépendant du chef de pôle mais pas de lien</p> <ul style="list-style-type: none"> - collectif de CAP au sein de l'étab pourrait apporter plus de visibilité - Arrivée du nouveau DG: CAP attend de lui de savoir ce qu'il attend des CAP et qu'il reconnaisse les CAP à leur juste valeur - Idée d'être rattaché au contrôle de gestion afin d'avoir toutes les infos nécessaires idée de rattacher à un Directeur qui soit aussi polyvalent que les CAP aussi (à l'image des CSS rattachés DS) - hétérogénéité restera toujours mais lissage nécessaire mais à prendre à compte pour MEP un profil type mais commun profil ou fiche de poste, cela doit être fait au regard des relations et des missions des autres acteurs du pôle et de la centrale, 	<p>donner aux CAP un rôle dans la définition de la politique de l'établissement, participation à la définition de la stratégie donc aussi comme ça a été le cas pour le projet d'établissement présenté aux DD, les CAP étaient également présents, content de cette reconnaissance</p> <ul style="list-style-type: none"> - CAP pas présent pour concertation du projet d'étab 2018-2022 = MARQUE MANQUE DE CONFIANCE = s'explique peut-être par le fait que les profils des CAP sont tellement différents, chacun fait ce qu'il veut de sa fonction, pas simple de faire intervenir les CAP - Idée, mettre en place une direction centrale en // de la direction de pôle afin de rendre le rôle du DD plus efficient? (c'est le cas dans d'autres étab) 	<p>Encadrement de la fonction nécessaire: réalisation de travail d'ensemble pour les CAP, la DG doit s'interroger sur leur rôle, sur leur profil type s'il existe, sur tous les éléments qui constituent leur visage afin de déterminer vers quel personnel se tourner. définir si contrôle de gestion ou plutôt gestionnaire de tout. décider si lien avec telle ou telle direction.</p> <p>importance de l'investissement de ces équipes de direction. si la direction est investie là dedans, les CAP vont gagner nécessairement en légitimité. La direction ne peut se permettre plus longtemps de laisser de côté ce sujet, il en va de la gestion des pôles.</p>	<p>créer fiche de poste qui corresponde réellement aux missions du CAP afin de gagner en lisibilité + légitimité- devra être réalisée au regard missions exercées par tous les acteurs du pôle</p> <p>cadrer d'avantage l'exercice des f° au sein des pôles, surtout pour les pôles où les DD ne délèguent que peu de missions de gestion de projet</p> <p>renforcer l'attractivité des postes, travailler sur la fidélisation des effectifs, le CHU a connu un turnover bien trop important qui a été préjudiciable aux CAP (on ne s'est pas occupé de leur cas, pourtant leur rôle a une réelle importance dans la gestion des pôles et le respect des objectifs de qualité des soins et budgétaires</p>
-------------------------------------	---	--	---	---	--	---

<p>Commentaires</p>		<p>évoque BI4, remplaçant de Magélan depuis un an, a permis de sécuriser les données sur activité, effectifs, mais pas les recettes dispo, plus CAP n'a pas accès à tout</p>		<p>renomination chefs de pôle avec l'arrivée du nouveau DG Cette fonction peut être la solution pour contrer la fracture soignant/adm, mais peu de moyens donnés en ce sens, dommage, pourquoi?</p>	<p>Importance relations directes avec les intervenants surtout lorsque ces derniers sont très divers. Privilégie téléphone, mail a tendance à laisser certaines ouvertures ou créer de la distance</p>	
----------------------------	--	--	--	--	--	--

Annexe 6 : Tableau récapitulatif des entretiens menés auprès des directeurs délégués de pôle

	Directeur délégué de pôle 1	Directeur délégué de pôle 2
Profil	DD depuis une dizaine d'années	DD depuis une dizaine d'années
Spécificités du métier de directeur délégué au CHU	<p>Rattachement DG, mais dépend aussi du chef de pôle</p> <p>Positionnement complexe car portevoix du pôle et suivi prérogatives DG + poste pas prévu par les statuts</p> <p>≠ avec D^{fn}elle : vision concrète de l'activité, place, mission et interaction bien définies</p> <p>En pôle : on touche à tout, on suit les directives avant tout mais pour autant on est au cœur du système de soins. On est aussi partenaire de la centrale, on a une image transversale de l'hôpital</p> <p>3 mots pour définir la fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sens : métier au service patient, sens de la PEC - Humilité : « à la fois tout et rien » entre pôle et centrale en sachant que chef de pôle : CHEF - Dynamique <p>Bien installé au CHU car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pôles installées avant même HPST - Pas de D d'étab, seulement des D de site. <p>Sentiment d'appartenance au service, force du collectif</p> <p>Poste où risque d'isolement est fort (≠ment à la centrale)</p>	<p>Contact direct avec tous les acteurs du pôle – vie quotidienne du pôle – terrain, concret, journées ne se ressemblent pas – « même en tant qu'administratif, on ressent qu'on contribue à la PEC des malades ».</p> <p>Manque ressenti : moins de lien avec les collègues comme c'est le cas en centrale. Isolement peut vite arriver</p> <p>Mission de faire descendre objectifs de la DG > mission de faire remonter les problématiques du pôle.</p> <p>3 mots pour définir la fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation : pluralité d'interlocuteurs, poste non prévu dans les textes - Lien, relation : lien entre DG, D^{fn}nelle & terrain idée de faciliter les relations entre adm et le soin - Pragmatisme-réalité : <ul style="list-style-type: none"> • + : ancré dans réalité, concert protéiforme, problème précis, vivant • - : 100% sur plusieurs pôles, besoin de recul, terre à terre, fonction particulière
Rapports avec le chef de pôle	<p>Sollicitation du chef de pôle pour données activité (taux remplissage, nombre de lit dispo, etc.)</p> <p>Sollicitations venant directement des médecins qqfois</p>	<p>Relation directe DD – chef de pôle, CAP intervient aussi selon les travaux à réaliser</p> <p>Dans les bureau de pôle : CAP : présente PMSI- BI4 (DMS, taux occup), indicateurs de performance , mais fait aussi état de toute l'activité du pôle (projets présenté en diapo) mais c'est au DD de s'exprimer (volonté du DG)</p>
Rapports avec CSS	Analyse RH, effectifs + Rencontre hebdo	
Rapports avec la centrale	DG et DAF beaucoup (Pyramig)	<p>Conférence de pôle annuelle avec la DG : place le CAP au côté du DD et du chef de pôle, CAP participe à la préparation de la présentation</p> <p>A noter que les réunions organisées par la DAF avec les CAP ne sont pas ouvertes aux DD.</p> <p>Amphi cadre organisés par la DG mais très généralistes.</p>

Rapports avec Les autres DD	Peu de relation sauf pôles dont les activités se rejoignent (ex : bloc et anesthésie/réa)	
Rapports avec le CAP	Volonté de les associer - dimension stratégique et politique à intégrer par le CAP Conduite de projet associée, pépa projet associé idée de rester à sa place mais donne accès contribution Rencontre hebdo	CAP : appui du DD, relais principal du DD. Il fait partie des grades les plus élevés des adm au niveau des pôles Il n'est donc pas un simple exécutant, il est aussi aide à la décision
Délégations envers CAP	DD supervise les fonctions qu'elle régule CAP réalise retours demandés à la DD par centrale sur vie institutionnelle du pôle. CAP sollicités directement par chef de pôle, CSS	Personne ressource, bras droit Etroite collaboration : réunion hebdo avec les CAP et les CSS, puis rencontre avec les CAP chaque fois que nécessaire Organisation similaire selon les pôles mais fonctionnement différent car le fonctionnement va dépendre du rôle et de la place de chacun. A noter que transfert de compétences vers secrétaire (taches les moins qualifiées) et valorisation du travail des CAP qui ont du temps de dégager pour les missions projets etc.
Position du CAP	Dépendante de la façon dont est dirigé le pôle soit : back office ou participation stratégie Peut être amené à travailler avec d'autres CAP si les pôles fonctionnent en // (bloc-anesthésie/réa) En réunion 2x/an avec les autres CAP, réunion organisée par la DAFAP ⁴² Poste exposé au risque d'isolement	Les 3 mots pour définir DD rejoignent ceux qui définissent les CAP : les fonctions des CAP ne sont pas éloignées par nature de celles des DD mais par grade. Equilibre à trouver entre intervention et report au DD → va caractériser un bon CAP. CARACTERE OBJECTIF DE LA MARGE DE MANŒUVRE CARACTERE SUBJECTIF DE PERSONNEL DEPENDANT (adaptation au DD) Effort d'adaptation fort En lien direct avec la DAF qui organise des réunions trimestrielles entre CAP Un bon CAP : personne qui réfléchit, qui sait se positionner, qui a une capacité de réflexion de sorte qu'il ne fait remonter au DD que ce qui doit l'être. Difficulté pour prise de poste, phase d'observation nécessaire pour savoir niveau d'intervention pertinent, pour définir aussi plus-value à apporter.
Pistes d'améliorations	Importance de la technostructure qui entoure le poste de CAP et aussi celui de DD : contrôle de gestion autour du DD et du CAP. Il faut que soient bien définis : - Sa place - Ses relations avec le binôme	Redéfinition des missions : souci d'efficacité et de satisfaction (acteur du processus) Clarification des processus Encadrement minimum indispensable quand bien même DD fait du CAP ce qu'il veut qu'il soit, un encadrement de la DG peut permettre de tenter un lissage des missions

⁴² Direction des affaires financières et d'appui à la performance.

	<p>- Des fonctions</p> <p>Attirer et fidéliser les personnels sur ces postes : turn over fort ce qui empêche de passer à la deuxième étape d'un processus : l'analyse, puis la prise d'initiative, la décision et la mise en œuvre.</p> <p>Permettrait aussi d'éclaircir les missions du DD par la même occasion et de légitimer ainsi sa présence.</p>	<p>Problème système d'info</p> <p>Peu d'outils métiers des CAP (les seuls dont ils disposent ce sont eux qui les ont MEP) → investissement faible</p> <p>Fonction peu valorisée : pas de travail sur ce qui est attendu des pôles donc outils pas pensés en fonction.</p> <p>Redéfinir les missions : Il en va de la motivation des personnels des pôles de rester sur leur poste. Car déjà qu'il y a multitude d'interlocuteurs, si en plus pas de cadre, pas de coord : complexité +perte de temps</p> <p>Ré-interrogation de ce qu'il se passe dans les pôles doit être faite régulièrement afin de s'assurer de la pertinence des organisations.</p> <p>Idée que le DG ne peut pas dire qu'il n'est pas satisfait du travail du pôle si elle n'a pas annoncé ce qu'elle attendait → importance de l'expression du DG de dire ce qu'il attend = règle simple dont dépend l'efficacité.</p> <p>Avec l'arrivée du nouveau DG il se peut que les choses changent : cycle de transition</p> <p>Complicé pour les pôles de se positionner car pas de contenu fixe, pas de standard, fluctuant selon les personnes, dépend de la politique de l'établissement.</p>
--	---	---

LASCASSIES-TAILHAN

Laura

Novembre 2018

ATTACHE D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE

Promotion 2018 – Françoise Barré-Sinoussi

LES CADRES ADMINISTRATIFS DE POLES : analyse d'une fonction par nature plurielle

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP - Rennes

Résumé :

L'organisation polaire, la multiplicité des compétences à acquérir, l'hétérogénéité des interactions à engager sont autant de vecteur expliquant, en partie, la nature plurielle de ce métier nouvellement installé dans l'équipe d'encadrement de pôle.

Une fonction plurielle en proie à des difficultés d'exercice dans nombre d'établissements qui méritent d'être étudiées pour définir des pistes d'améliorations.

Cela en va de l'amélioration de la gestion polaire qui, forte d'une équipe d'encadrement viable, gagnera en efficience.

Cela engage aussi la gestion des ressources humaines de ce personnel qui, si attentive aux questions de qualité de vie au travail atteindra ses objectifs en termes de recrutement opportun et de fidélisation des agents à travers des conditions de travail améliorées et un collectif cadre renforcé.

Mots clés :

Cadre administratif de pôle, encadrement, pôle, gestion, organisation, GRH, reconnaissance, valorisation, collaboration, coordination, échange, collectif cadre, évolution, installation, amélioration, efficience, outils, moyens.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.