



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'Hôpital**

*Date du jury : **Décembre 2002***

---

**Faisabilité et limites d'une déconcentration  
de la gestion des ressources humaines  
par pôles d'activité à l'hôpital**

---

**Sylvie LARIVEN**

---

# REMERCIEMENTS

---

- Mme Christine Gavini pour l'encadrement universitaire de ce travail
- Les personnes qui ont accepté de me recevoir au CHU de Nantes et au CHU de Poitiers
- L'équipe de direction du CHU de Poitiers et plus particulièrement, Fabrice Prigneau, mon maître de stage
- Toutes les personnes de mon entourage qui par leur disponibilité et leur soutien, ont facilité la production de ce mémoire

---

# Sommaire

---

<b>1 - INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>2 - PREMIERE PARTIE - ETAT DES LIEUX ET DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 La déconcentration de gestion .....</b>	<b>4</b>
2.1.1 Un sujet récurrent dans l'administration française.....	4
2.1.2 Une problématique actuelle dans les établissements publics de santé sous l'angle de la contractualisation interne.....	5
2.1.2.1 La contractualisation .....	5
2.1.2.2 La déconcentration et la contractualisation à l'hôpital.....	7
<b>2.2 La déconcentration de la gestion des ressources humaines.....</b>	<b>16</b>
2.2.1 Un aspect abordé principalement sous l'angle du management.....	17
2.2.1.1 La Gestion des Ressources Humaines (GRH) .....	17
2.2.1.2 La déconcentration de la Gestion des Ressources Humaines.....	17
2.2.2 Les défis et enjeux de la déconcentration de la GRH à l'hôpital.....	19
2.2.2.1 Les enjeux du partage de la GRH à l'hôpital.....	19
2.2.2.2 Les nouvelles organisations hospitalières .....	25
<b>3 - DEUXIEME PARTIE – LA DÉCONCENTRATION DE LA GRH À L'HÔPITAL : BALBUTIEMENTS ET ACHÈVEMENT .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 La gestion des ressources humaines à l'hôpital dans une organisation         classique .....</b>	<b>32</b>
3.1.1 Une gestion centralisée et statutaire .....	33
3.1.2 Un management de terrain par les cadres .....	34
3.1.3 Les situations aux CHU de Nantes et de Poitiers .....	34
<b>3.2 Des modalités de fonctionnement à réinventer .....</b>	<b>36</b>
3.2.1 Tout n'est pas déconcentrable : l'importance du cadre juridique et des contours historiques.....	36
3.2.2 Les tiraillements de la déconcentration de la GRH, entre besoins de proximité et volonté de maintien d'une cohérence globale.....	37
<b>3.3 Une déconcentration plus avancée qu'il n'y paraît .....</b>	<b>38</b>
3.3.1 Une GRH déjà acquise au management participatif et de projet.....	39
3.3.2 Des cadres soignants « ressources » déjà formés et entraînés à la gestion de proximité.....	40

<b>4 - TROISIEME PARTIE –LES OBSTACLES À LA MISE EN ŒUVRE DE LA GESTION DE PROXIMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES.....</b>	<b>41</b>
<b>4.1 Une déconcentration freinée par l'inquiétude des acteurs.....</b>	<b>41</b>
4.1.1 Des directeurs et des médecins déstabilisés .....	41
4.1.2 Des agents en perte de repères : la crainte de la flexibilité .....	43
4.1.3 La crainte des cadres d'avoir à supporter le poids de la gestion de proximité.....	44
<b>4.2 Une déconcentration freinée par la persistance d'un cloisonnement identitaire .....</b>	<b>45</b>
4.2.1 L'intérêt des médecins pour la gestion du personnel non médical : entre indifférence et méconnaissance.....	45
4.2.2 La reconstitution de territoires et de hiérarchies dans le cadre des pôles .....	47
4.2.3 Un patient oublié dans la bataille ?.....	49
<b>4.3 Une déconcentration mal accompagnée ? .....</b>	<b>49</b>
4.3.1 La problématique des relations sociales et l'inadaptation des organisations syndicales .....	50
4.3.2 La problématique des moyens et du suivi .....	51
4.3.3 Les contradictions des acteurs entre autonomie et logique de moyens .....	53
<b>5 - QUATRIEME PARTIE – ENJEUX ET DEVENIR DE LA DÉCONCENTRATION DES RESSOURCES HUMAINES À L'HÔPITAL .....</b>	<b>54</b>
<b>5.1 Un enjeu d'avenir pour les établissements publics de santé .....</b>	<b>54</b>
5.1.1 Une gestion adaptée à une organisation en perpétuelle évolution et de plus en plus tributaire de son environnement .....	54
5.1.2 Une gestion adaptée au développement du consumérisme .....	55
<b>5.2 Un enjeu managérial pour les établissements publics de santé .....</b>	<b>56</b>
5.2.1 L'apprentissage d'une nouvelle façon de penser l'hôpital et son fonctionnement : rôle pédagogique d'une nouvelle pratique .....	56
5.2.2 La déconcentration de la GRH a-t-elle vocation à bousculer le Statut et les fonctionnements administratifs actuels ?.....	56
 <i>Bibliographie</i>	 58
<i>Annexes</i>	62

---

## Liste des sigles utilisés

---

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris  
ARH : agence régionale de l'hospitalisation  
CA : conseil d'administration  
CH : centre hospitalier  
CHU : centre hospitalier universitaire  
CHRU : centre hospitalier régional universitaire  
CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail  
CME : commission médicale d'établissement  
COM : contrat d'objectifs et de moyens  
CTE : comité technique d'établissement  
DAF : direction ou directeur des affaires financières  
DG : direction générale ou directeur général  
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
DPRS : direction ou directeur du personnel et des relations sociales  
DPRSCT : direction ou directeur du personnel, des relations sociales et des conditions de travail  
DRH : direction ou directeur des ressources humaines  
DSSI : direction ou directeur du service de soins infirmiers  
EDH : élève directeur d'hôpital  
ENSP : école nationale de la santé publique  
ETR : effectif théorique de référence  
GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences  
GRH : gestion des ressources humaines  
HEGP : hôpital européen Georges Pompidou  
PH : praticien hospitalier  
RH : ressources humaines  
UF : unité fonctionnelle

## 1 - INTRODUCTION

Dans le cadre d'une expérience hospitalière antérieure et de ma formation de directeur d'hôpital à l'École Nationale de la Santé Publique, les questions de la déconcentration et de la contractualisation interne m'ont régulièrement interpellée. Tirant profit de la réflexion sur la gestion de proximité entamée par le Centre Hospitalier Universitaire (**CHU**) de Poitiers où j'étais en stage, j'ai centré mes recherches sur l'opportunité et la faisabilité d'une déconcentration de la gestion des ressources humaines (**GRH**) par pôles d'activité, à la lumière des expériences menées dans d'autres établissements tels que le CHU de Nantes, tout en observant le travail fait en amont à Poitiers en vue de la réorganisation de l'établissement par pôles d'activité.

La déconcentration d'activité et la contractualisation interne dans les établissements publics renvoient aux notions d'adaptabilité, de souplesse, de réactivité du Service Public à une demande toujours plus exigeante de l'utilisateur et dès lors, à la nécessité d'un management de proximité dans le sens d'un rapprochement entre les organisations et les objectifs de gestion devenus primordiaux (maîtrise des dépenses, qualité et sécurité des soins, adaptation au développement du consumérisme)

Les établissements hospitaliers sont aujourd'hui confrontés à la nécessité d'adapter leur organisation à la demande et aux exigences technologiques et normatives. Ils doivent donc ménager deux nécessités, le maintien d'une vision stratégique d'ensemble et l'adaptation des structures de proximité à la demande.

L'organisation d'un hôpital par pôles d'activité doit permettre un fonctionnement en réseau et non plus fondé sur le « territoire » que représente bien souvent le service. A priori, cette démarche « réseau » associant des professionnels placés sur un pied d'égalité, a quelques ancrages chez les médecins et chez nombre d'infirmiers. Mais le rattachement au service et aux directions fonctionnelles semble être encore très fort.

Aujourd'hui, les concepts de déconcentration et de contractualisation renvoient encore à la gestion financière et économique. Des tentatives de réorganisations ont été menées dans les grands établissements de type CHU. Le CHU de Poitiers va quant à lui, lancer deux

pôles expérimentaux en 2003. Mais dans quelle mesure la GRH peut-elle faire l'objet d'une déconcentration par pôles ? Certes, les domaines des relations sociales (dans le cadre des conseils de pôles) et de la gestion des absences et des remplacements ainsi que de l'évaluation et de la formation, peuvent plus aisément être du ressort de l'organisation déconcentrée. Mais qu'en est-il de certains pans de la GRH se référant notamment au Statut de la Fonction Publique Hospitalière (gestion des carrières, avancement, aspects disciplinaires, nomination...ancrés dans le lien hiérarchique) ? Comment, en outre, gérer l'obstacle de la diversité des statuts médicaux et non médicaux ?

Il m'a semblé intéressant de voir quelles étaient les marges d'une déconcentration de la GRH par pôles d'activité et d'identifier les outils nécessaires à une telle organisation. Il m'a paru important de voir s'il s'agissait d'un mythe, d'une réalité, d'une organisation avec ou sans avenir, avec ou sans efficacité. Enfin, il me semblait qu'une telle déconcentration ne pouvait être que partielle. Les freins juridiques et « culturels » me paraissaient en effet très nombreux.

Le propos de ce mémoire se limite à la gestion du personnel non médical qui représente environ 70 % des dépenses du budget d'exploitation d'un établissement hospitalier classique. Les personnels médicaux et non médicaux se différencient en termes de statut, de rattachement hiérarchique et de gestion. Les personnels médicaux seront donc présentés, au même titre que les membres de l'équipe de direction, comme des gestionnaires potentiels ou réels de cette gestion des ressources humaines non médicales.

Des entretiens avec des acteurs de la déconcentration avaient été prévus au CHU de Poitiers dans le cadre de l'expérimentation qui devait débiter en 2002. Le lancement ayant été repoussé à 2003, le sujet devenait particulièrement sensible à Poitiers.

Avec mon maître de stage, nous avons donc fait le choix d'une approche « mixte » en envisageant des rencontres avec des membres de l'équipe de direction du CHU de Poitiers. et des entretiens au CHU de Nantes auprès de différents acteurs des pôles en place depuis quelques années. Ces rencontres se sont déroulées sur un mode convivial et les différentes personnes se sont exprimées avec franchise. Au CHU de Poitiers, j'ai dans un premier temps rencontré, le directeur des affaires médicales qui a eu l'occasion de participer aux premières réflexions sur la déconcentration par pôles à Poitiers. Son expérience professionnelle, sa connaissance du CHU et des personnels médicaux en faisaient une personne ressource pour comprendre les enjeux et les blocages liés au projet de déconcentration à Poitiers. J'ai ensuite pris contact avec un directeur de site également auteur d'un ouvrage sur l'organisation et le management hospitalier. Je désirais faire appel à

son expérience hospitalière ainsi qu'à sa vision conceptuelle de la déconcentration. Au CHU de Nantes, j'ai tout d'abord rencontré un directeur du personnel dans le cadre d'un entretien de plus d'une heure qui m'a permis de faire le point sur l'expérience et la logique nantaise. Il m'a également permis d'organiser les rencontres ultérieures avec des acteurs de terrain. J'ai ainsi pu longuement m'entretenir avec un médecin « directeur de pôle » sur sa perception de la déconcentration de gestion au CHU de Nantes. Un directeur de rattachement a également accepté de me recevoir pour m'expliquer le rôle et les difficultés de positionnement des directeurs d'hôpital face à ce nouveau fonctionnement. J'ai enfin rencontré un cadre supérieur soignant de pôle afin de compléter mon tour d'horizon dans le cadre d'un échange sur le rôle des cadres soignants en matière de déconcentration de gestion. La logique de déconcentration par pôles à Poitiers est proche de celle qui a été retenue au CHU de Nantes. Intégrée à la phase de préparation de l'expérimentation de la gestion déconcentrée à Poitiers, j'ai pu enrichir mon approche d'une observation participative. Dès le mois de juin, j'ai intégré un groupe de travail conduit par la Direction des Affaires Générales avec un cadre supérieur soignant et un agent de la Direction des Finances. Dans le cadre de réunions quotidiennes, j'ai participé à la préparation du lancement de l'expérimentation de gestion par pôles à Poitiers. Un long travail a été mené sur la mise à plat des procédures et la définition des principes. Ces réunions de travail ont été complétées de rencontres ponctuelles avec des cadres soignants, des futurs coordonnateurs de pôles, des membres de l'équipe de direction (Direction du Service de soins Infirmiers, Direction des Affaires Financières, Direction Logistique, Direction du Personnel, Direction des Affaires Médicales). Des rencontres de travail régulières avec l'ensemble de l'équipe de direction et la Direction Générale m'ont également offert un terrain d'observation intéressant, notamment sur le positionnement des directeurs face à la déconcentration. Cette double vision de l'expérience nantaise et de la réflexion menée en amont à Poitiers, de même que les recherches documentaires initialement réalisées, m'ont permis de confronter les ressentis, les craintes et les bilans de la gestion de proximité des ressources humaines.

Si la déconcentration est souvent évoquée et revendiquée à propos de la gestion administrative, à l'hôpital comme ailleurs (1<sup>ère</sup> partie), les exemples de déconcentration des ressources humaines restent peu nombreux même si l'hôpital semble bien avancé en la matière (2<sup>ème</sup> partie). En réalité, les obstacles semblent moins techniques qu'il n'y paraît au premier abord (3<sup>ème</sup> partie) et les contraintes de gestion hospitalières vont plutôt dans le sens d'une gestion de proximité (4<sup>ème</sup> partie).



## 2 - PREMIERE PARTIE - ETAT DES LIEUX ET DE LA LITTERATURE

Sujet récurrent, la déconcentration ou gestion de proximité est depuis longtemps présentée comme l'avenir de la gestion administrative et par conséquent, de la gestion des ressources humaines.

### 2.1 LA DECONCENTRATION DE GESTION

L'amélioration de la gestion des services publics est une problématique constante. Les établissements publics de santé sont aujourd'hui le lieu d'une réflexion sur la gestion de terrain et la contractualisation interne qui les met au centre des théories de la déconcentration de gestion.

#### 2.1.1 Un sujet récurrent dans l'administration française

Comme le souligne **S. Verclytte**<sup>1</sup>, la notion est apparue au XIXème siècle par opposition à la décentralisation et n'a pas été d'emblée assimilée à un outil de modernisation. En effet, l'Etat moderne s'est construit en France contre les féodalités de l'Ancien Régime. La déconcentration a donc été initialement conçue comme l'instrument des régimes centralisateurs au service de l'hégémonie et des prérogatives de contrôle du pouvoir central. Il s'est agi dans un premier temps de diminuer les blocages et l'inertie bureaucratique, pas de responsabiliser les structures. C'est en 1982 que la déconcentration va prendre une autre dimension en devenant le corollaire indispensable de la décentralisation territoriale, c'est à dire la condition d'une représentation ferme et cohérente de l'Etat face à des collectivités investies de nouveaux pouvoirs.

En 1989, dans le cadre de la politique gouvernementale du renouveau du service public, la déconcentration s'inscrit comme une évidence face à la crise du secteur public. La **circulaire « Rocard »**<sup>2</sup> la définit comme un outil de modernisation de l'administration basée sur l'initiative locale et la responsabilisation.

---

<sup>1</sup> Verclytte S. (1997), **La déconcentration en France : Histoire et actualité**, la documentation française

<sup>2</sup> **Circulaire « Rocard » du 23 février 1989**

Les années 90 vont asseoir sa légitimité en introduisant le principe de subsidiarité. Les administrations centrales ne conservent que des pouvoirs d'attribution et assument un rôle de conception, d'animation et d'évaluation.

Mais le passage d'une logique pyramidale à un fonctionnement en réseau est difficile dans les faits. Il reste de nombreux obstacles en termes de suivi, de moyens, de coordination, des obstacles juridiques (budgétaires et statutaires notamment) et des obstacles « culturels ».

D'après **H. Blanc**<sup>3</sup>, la déconcentration a tout simplement accompagné la décentralisation dans les années 80. On a recherché dans l'arsenal réglementaire et législatif, les décisions devant être rapprochées du terrain. Pour lui, elle porte moins sur une nouvelle répartition des compétences et l'étendue de la délégation à consentir, que sur les outils dont a besoin l'administration pour faire face à la nouvelle demande sociale. Les conflits sur les pouvoirs de décision lui semblent dépassés. L'action administrative est de plus en plus marquée par une dynamique de conciliation, de mobilisation de compétences et de moyens divers, de recherche de solutions avec des acteurs diversifiés. Les compétences juridiques s'effacent devant la capacité de mobilisation. Il faut pour cela que les administrations utilisent leurs ressources de façon plus souple et plus mobile dans le cadre d'un remodelage des structures et des frontières.

## **2.1.2 Une problématique actuelle dans les établissements publics de santé sous l'angle de la contractualisation interne**

### **2.1.2.1 La contractualisation**

**J. Caillosse et J. Hardy**<sup>4</sup> présentent la contractualisation administrative comme un outil a priori idéal pour la mobilisation des fonctionnaires autour d'objectifs. Mais ils soulignent également les difficultés que peut rencontrer un tel contrat au pays de l'acte unilatéral qui

---

<sup>3</sup> Blanc H., Balligand J.P., Salon S., Sillicani J.L., Beneton J.L., Vilchien D. (mars 1999), **Déconcentration et administration de proximité : vers une nouvelle approche de la déconcentration**, Cahiers de la fonction publique et de l'administration

<sup>4</sup> Caillosse J., Hardy J. (2000), **Droit et modernisation administrative**, la Documentation française (pages 75 à 88)

régit encore juridiquement les relations administratives. Le contrat interne n'a pas de réelle valeur juridique et peut à ce titre être comparé à un protocole d'accord signé avec des organisations syndicales (auquel le Conseil d'Etat dans un arrêt du 22/03/1973 – Fédération du personnel de la Défense Nationale – CFDT – avait dénié toute valeur juridique). La contractualisation interne doit donc être définie comme un aménagement du pouvoir hiérarchique qui, basé sur une obligation d'obéissance, ne laisse pas de place à l'accord de volontés, essence même du contrat. La contractualisation interne introduit donc des modalités d'association sur la base d'objectifs, de pénalités et de récompenses en fonction des résultats. Ce type de contrat va de pair avec les centres de responsabilité. A l'administration de commandement doit succéder l'administration concertée. Le pouvoir hiérarchique accepte de négocier la mise en œuvre de ses prérogatives pour favoriser la responsabilisation des agents. J. Caillosse et J. Hardy y voient une mise à bas de la conception weberienne dans le cadre d'une transposition, dans le secteur public, de méthodes de direction participative par objectifs. Depuis **1991**<sup>5</sup>, les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne dans le cadre de centres de responsabilité bénéficiant d'une délégation de gestion de la part du directeur. Ce nouveau type de délégation est une sorte de délégation de compétences qui peut être assortie d'une délégation de signature (décret du **18/04/1997**<sup>6</sup>). Nous ne sommes pas en présence d'un contrat au sens juridique du terme car le centre de responsabilité n'est pas une personne morale. Il s'agit plutôt d'un acte unilatéral négocié. En outre, en cas de non respect de ses engagements par l'hôpital, quel recours et quelle sanction imaginer ? Le juge ne reconnaîtra pas la valeur contractuelle de ce protocole. Enfin, l'établissement est soumis aux textes régissant ses missions et ses relations avec ses agents et la tutelle. Il est ainsi lui-même tributaire du contrat d'objectifs et de moyens (**COM**) signé avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (**ARH**). J. Hardy parle d'une révolution de velours qui n'a pas remis en cause le pouvoir hiérarchique. La seule nouveauté de cette réforme réside dans la formalisation de la négociation de ce pouvoir dans le cadre d'un accord écrit. La négociation est tirée de l'ombre et installée dans un semblant de système juridique nouveau. Deux conséquences sont envisageables : que les acteurs se prennent au jeu de la

---

<sup>5</sup> **Loi n° 91 – 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière** – JO du 4 août 1991 – pages 10255 à 10268

<sup>6</sup> **Décret n° 97 – 374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'hôpital** JO du 20 avril 1997 – page 6004

contractualisation et deviennent exigeants ou qu'ils se démobilisent si le contrat reste un simple habillage du management.

#### 2.1.2.2 La déconcentration et la contractualisation à l'hôpital

Dans l'ouvrage dirigée par M.L. Moquet – Anger<sup>7</sup>, **Gilles Guiheux** présente la **réforme de 1996**<sup>8</sup> relative à l'hospitalisation comme une incitation à mettre en place de nouveaux modes de gestion médico-administrative notamment par le biais d'une contractualisation responsabilisant les personnels. Pour cela, il préconise le renforcement du « *colloque permanent entre le directeur et le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME)* ».

**Pierre Lacheze - Pasquet**<sup>9</sup> rappelle que la réforme du financement des hôpitaux en 1983, avait initié une évolution du mode de gestion interne avec la création des centres de responsabilités qui visait une gestion participative impliquant les chefs de service. Mais aujourd'hui encore, l'organisation hospitalière reste fondée sur les services. « *La gestion hospitalière reste aujourd'hui à la fois très concentrée et confiée à des décideurs peu coordonnés les uns avec les autres.* » La gestion est cloisonnée entre un monde médical « fragmenté » et un monde administratif, infirmier et technique, soumis au principe d'autorité hiérarchique. La gestion participative procède d'un autre mode relationnel. Elle suppose une organisation plus responsabilisante, plus collégiale, dans le cadre d'unités de production placées sous la responsabilité d'un individu reconnu, formé et compétent. Ces unités doivent se voir confier des objectifs et des moyens sur la base d'un contrat négocié et évalué sur la base d'indicateurs fiables et reconnus par tous.

« *La participation des personnels médicaux et non médicaux, des cadres, des techniciens à la gestion, ne se décrète pas mais s'organise.* »

---

<sup>7</sup> Moquet – Anger M.L. (1998), **De l'hôpital à l'établissement public de santé**, Harmattan (chapitre XII)

<sup>8</sup> **Ordonnance n° 96 – 346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée**

JO du 25 avril 1996 – page 6298

<sup>9</sup> Lacheze – Pasquet P. (1997), **Management hospitalier pour le praticien**, Masson (pages 82 à 96)

« Il est nécessaire de déconcentrer la gestion, de responsabiliser les personnels à tous les échelons hiérarchiques et particulièrement les cadres et les chefs de service. » Il s'agit pour les soignants d'apprendre à compter, à évaluer, à rendre des comptes et à choisir.

L'ordonnance de 1996 promeut l'idée d'une déconcentration à travers le concept de délégation. Le décret du 18/04/97 ajoute les praticiens hospitaliers (**PH**) responsables de centre de responsabilité à la liste des bénéficiaires de la délégation de signature. Ils sont ainsi placés sous l'autorité hiérarchique du directeur. Pour éviter tout nouveau cloisonnement et le retour à la balkanisation, il faut contractualiser les objectifs et les moyens pour permettre en outre au directeur d'exercer plus pleinement sa responsabilité stratégique. La **circulaire de 1997 sur la contractualisation interne**<sup>10</sup> rappelle qu'il s'agit d'une procédure négociée qui assure la participation des centres de responsabilité et plus généralement de l'ensemble du personnel, à la définition de la stratégie de chaque centre en cohérence avec la stratégie de l'établissement. Elle s'accompagne d'une délégation de gestion, la direction restant garante des grands équilibres notamment économiques. Cela implique la mise en œuvre d'un contrôle de gestion (procédures de suivi, de mesure, d'évaluation et d'analyse comparée de l'activité, des résultats et des coûts). En matière de ressources humaines, elle peut permettre d'optimiser la gestion des congés et des mensualités de remplacement, la définition et l'affectation des tâches au sein du centre de responsabilité, la gestion de la formation continue. Pour **P. Forcioli**<sup>11</sup>, il faut y ajouter des budgets par centre de responsabilité afin de sortir d'une pure logique de demande de moyens qui ne règle les problèmes que de façon limitée. Il s'agit de ressources à la fois humaines et matérielles allouées à un centre de responsabilité au bénéfice d'une mission ou d'objectifs. Pour cela, il faut plutôt envisager un regroupement de services afin d'obtenir une unité de taille critique, c'est à dire pouvant dégager des marges de manœuvre. Il faut accompagner ces budgets de tableaux de bord permettant de suivre les crédits disponibles, les dépenses et les activités. Le budget du centre de responsabilité peut devenir le levier motivant les démarches projet.

---

<sup>10</sup> **Circulaire DH / AF / AF 3 n° 97 – 304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé** (texte non paru au JO)

BO du ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration – pages 117 à 124

<sup>11</sup> P. Lacheze – Pasquet, Op. Cit.

**D. Vilchien**<sup>12</sup> quant à elle, estime que l'enjeu de la déconcentration dans le secteur hospitalier, se situe au sein des établissements et non vis à vis de la tutelle qui prend déjà en compte l'autonomie historique des hôpitaux. Malgré les incitations du législateur (loi et ordonnance hospitalières de 1991 et 1996), il existe encore, selon elle, des obstacles psychologiques, culturels mais également inhérents à l'organisation des hôpitaux et à la formation des hospitaliers. Il faut également que délégation de gestion et contractualisation interne soient adaptées à la spécificité de chaque établissement et ne soient pas imposées aux équipes.

Pour **J.P. Ségade**<sup>13</sup>, la création des centres de responsabilité répond au souci de mieux mettre en évidence « *les relations entre les moyens, les coûts et les activités des établissements* » et d'associer à leur gestion tous ceux qui influencent, à travers leurs décisions, les évolutions de ces coûts et de ces activités. La contractualisation interne ajoute un objectif qualitatif à l'angle essentiellement budgétaire des centres de responsabilité. « *la maîtrise des moyens reste un sujet de préoccupation essentiel mais l'accent est dorénavant mis sur les initiatives des équipes hospitalières et sur la médicalisation de la gestion par le biais d'une négociation d'objectifs de qualité des soins et d'activité médicale.* »

Il faut permettre que les arbitrages soient pris au plus près de l'utilisateur dans le cadre d'une logique de réactivité aux besoins et de responsabilisation. Cela suppose des engagements réciproques et un respect mutuel des compétences. Ce n'est pas une nouvelle procédure de concertation mais une nouvelle organisation qui vise à permettre au directeur de s'appuyer davantage sur la mobilisation et les initiatives des équipes. Il s'agit de moderniser la gestion interne des établissements par une délocalisation de la gestion par une redéfinition de missions des uns et des autres dans l'hôpital. Mais cela implique de contourner certaines limites : le poids de l'organisation en services et la tendance à vouloir imposer le changement.

Au Centre Hospitalier le Vinatier, les contrats font l'objet d'une procédure écrite. « *Sans contrat, les principes de délégation et d'intéressement n'ont pas de cadre et l'acteur est dans une situation d'aveugle.* »

Certains services ont établi par exemple comme objectif, un ratio de personnel par entrée et par taux d'occupation, ce qui conduit à lier le personnel à l'activité. Des tableaux trimestriels sur l'activité, l'exécution du budget et la réalisation des objectifs sont transmis aux services.

---

<sup>12</sup> Blanc H., Balligand J.P., Salon S., Sillicani J.L., Beneton J.L., Vilchien D., Op. Cit.

<sup>13</sup> Ségade J. P. (2000) , **La contractualisation à l'hôpital**, la Documentation française

Ils sont suivis par la Direction des Ressources Humaines (**DRH**), la Direction du Service de Soins Infirmiers (**DSSI**) et la Direction des Affaires Financières (**DAF**). Une réunion trimestrielle est organisée avec les services pour expliquer les écarts entre prévisions et réalisations, pour évaluer la qualité et la régularité des prestations au service médical. Un bilan du contrat fait notamment apparaître les consommations de mensualités de remplacement.

**J.B. Hagemuller**<sup>14</sup> explique que l'approche est fondée sur le principe selon lequel on ne peut être réellement responsable de quelque chose sur lequel on n'a pas de prise directe. Plutôt que d'entretenir une fiction de pouvoir détenu entre des mains très centralisées mais loin de la réalité, il convient de s'interroger sur le rapprochement des niveaux de la prise de décision et de sa mise en œuvre. Il cite trois exemples hospitaliers anglais, suédois et canadien. L'hôpital suédois Karolinska est ainsi passé d'un système classique (directions fonctionnelles et services) à une Direction Générale allégée (un directeur général, un directeur général adjoint et un directeur médical) et à une contractualisation interne avec des services regroupés en divisions médicales par pathologies. Un manager choisi pour ses compétences en gestion dirige la division à l'exclusion de toute autre activité. La délégation de gestion reste cependant partielle notamment pour le recrutement. Chaque manager a sa propre équipe de direction. La Direction Générale assure la cohérence d'ensemble. L'hôpital est équipé d'un logiciel élaboré de suivi des dépenses, des coûts et de l'activité. Des départements de conseil en ressources humaines, finances, etc...., ont été mis en place pour éviter le risque de décloisonnement.

L'hôpital Whipps Cross de Londres s'est organisé en pôles (care groups) dirigés par un directeur nommé par le directeur général et ayant fait une école de management. Les pôles ont une grande autonomie de gestion dans le cadre d'un contrat. Ces pôles n'ont pas réussi à impliquer les médecins dans la gestion. Une fonction de directeur de service (médecin chef) assisté d'un manager a donc été créée. Il est supervisé par le directeur de pôle.

L'hôpital d'Ottawa est lui aussi passé d'une organisation classique à une structure par pôles autour de groupes homogènes de patients et dirigés par un binôme de responsables (un médecin et un cadre paramédical). Une nouvelle fonction de cadre administratif a également été créée pour chaque pôle.

---

<sup>14</sup> Hagemuller J.B. (avril 1999), **Quelques exemples de gestion déconcentrée à l'étranger**, Gestions hospitalières (pages 241 à 255)

Le cadre juridique actuel de la contractualisation<sup>15</sup> repose sur l'article 9 de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. L'objectif de cette réforme était de favoriser la participation des équipes médicales et paramédicales dans le cadre éventuel de contrats conclus avec la direction.

L'hôpital s'est construit autour d'un système hiérarchique. Les contraintes budgétaires notamment, ont conduit à chercher des organisations nouvelles alors même qu'émergeait une demande de reconnaissance et de participation des personnels. La réforme de janvier 1984 sur la départementalisation n'a pas permis de répondre à ces défis en raison de sa non application. Une loi du 24 juillet 1987 a d'ailleurs rétabli les services et les chefs de services. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a proposé de nouvelles organisations laissées cependant à l'initiative locale (départements, fédérations, services et unités fonctionnelles). Il s'agit d'un premier mouvement vers la délégation avec les Unités Fonctionnelles (**UF**) et vers un regroupement avec les fédérations. La loi de 1991 a accompagné cette démarche de réorganisation médicale d'un objectif de démocratisation interne avec la mise en place des conseils de service et de département, lieux d'expression des personnels. Leur responsabilisation apparaît également avec la commission de soins infirmiers et la constitution d'un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à un infirmier général membre de l'équipe de direction.

L'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 ne revient pas sur ces dispositions mais introduit une nouvelle notion, la contractualisation interne. C'est une innovation importante qui doit permettre un rapprochement efficace entre les organisations médicales et les objectifs de gestion. L'initiative de la constitution d'une unité en centre appartient également aux équipes médicales et paramédicales ainsi qu'au directeur qui prend la décision après avis de la CME et du Comité Technique d'Etablissement (**CTE**). Ces centres de responsabilité bénéficient d'une délégation de gestion de la part du directeur. Ces délégations font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Il définit des objectifs, des moyens, des indicateurs de suivi du centre de responsabilité ainsi que les modalités de son intéressement aux résultats de sa gestion et les conséquences en cas de non exécution. Le responsable du centre est désigné par le directeur sur proposition des structures médicales qui le composent. La notion de centre de responsabilité était jusque là purement comptable

---

<sup>15</sup> Couty E., Budet J.M., Ségade J.P., Cauvin C., Crémadez M., Biron N., Penaud M., Castel P. (août / septembre 2001), **la contractualisation interne (dossier)** Gestions hospitalières n° 167 (pages 585 à 612)



et financière. Elle acquiert une dimension médicale et ouvre à l'hôpital le champ de la mise en œuvre du principe de subsidiarité.

J.M. Budet<sup>16</sup> pense que la contractualisation peut permettre de modifier la répartition des pouvoirs et des responsabilités au sein des équipes. L'unité de l'établissement reste malgré tout préservée. Ainsi, même s'il reçoit une délégation de signature du directeur de l'établissement, le praticien responsable reste placé sous l'autorité de dernier. La circulaire du 21 avril 1997 précise l'esprit de la contractualisation interne. La signification juridique de la délégation de gestion reste cependant imprécise et se distingue de la délégation de pouvoir. En outre, la contractualisation et la déconcentration de gestion suscitent inquiétudes et réserves devant la nouvelle répartition des pouvoirs qu'elles impliquent à l'hôpital. La contractualisation interne correspond à une nouvelle vision de l'action publique jusqu'alors limitée à l'acte administratif unilatéral et à l'autorité du droit public. La référence au contrat<sup>16</sup> suppose un consensus des participants et donc la volonté commune d'agir ensemble<sup>17</sup>.

Pour **A Mourier**<sup>18</sup>, l'enjeu est de concilier gestion participative et vision globale. Les tableaux de bord doivent uniquement retracer les évolutions de dépenses directement maîtrisables. Pour le personnel, le suivi se limite ainsi à l'absentéisme et à son remplacement éventuel (exprimé en journées par grades). Pour cela, il faut avoir une connaissance fine de la charge en soins qui est un des points faibles du PMSI (programme de médicalisation du système d'information).

Le préalable est l'existence d'un système d'information « *capable de restituer au bon moment les bonnes données et qui devra (...) fournir une comptabilité analytique par séjours* »

Au **CH le Vinatier**<sup>19</sup>, c'est en 1995 que la contractualisation a été lancée et les règles du jeu fixées. Les outils nécessaires à la mise en place ont été la formation des cadres

---

<sup>16</sup> Ibidem

<sup>17</sup> Ségade J. P. (2000), **la contractualisation à l'hôpital**, la Documentation française

<sup>18</sup> Mourier A. (1999), **Du budget de service à la contractualisation interne : Candide et la lanterne magique**, Gestions hospitalières n° 389 (pages 571 à 574)

intermédiaires, la déconcentration de la gestion, l'élaboration d'un lexique commun et la contractualisation des tableaux d'effectifs. Les difficultés restant nombreuses (lourdeurs de procédure, manque de formation, système d'information inadapté, charge de travail pour la DRH, la DAF et la DSSI), les règles ont fait l'objet de modifications et la délégation de gestion a été mise en place. Le résultat est un dialogue plus transparent et objectif mais des développements restent encore à prévoir, notamment en terme d'indicateurs, de partage de la gestion et de formation des cadres. *« La contractualisation n'est ni innocente ni indolore tant dans l'organisation médicale et administrative que dans l'analyse du processus de décision au sein de l'hôpital. »*

*« Elle substitue aux principes hiérarchiques descendants un principe de subsidiarité et de transversalité qui modifie intensément la culture de l'hôpital. »* Il est donc indispensable d'envisager une explication et une information préalables.

**J.Hardy**<sup>20</sup> précise qu'en la matière, *« tout est affaire d'opportunité appréciée par le directeur »* (création des centres de responsabilité, nomination du responsable, délégation de signature...). Il rappelle que le contrat de délégation de gestion est certes un acte *« formellement contractuel mais substantiellement unilatéral »*. Il fait également remarquer que s'il est facile d'imaginer des sanctions visant à responsabiliser les acteurs, il est plus difficile de l'entrevoir en cas d'inexécution imputable au directeur (lui-même tributaire du COM signé avec l'ARH). Il faut donc voir dans la délégation de signature *« une simple modalité de l'organisation du service qui ne modifie pas l'ordre des compétences »*. La contractualisation intéresse en fait bien plus la gestion que le statut juridique des établissements. Le pouvoir hiérarchique n'est pas remis en cause mais sa négociation est formalisée par écrit.

Pour **M. Calmon**<sup>21</sup>, les enjeux de la démarche sont clairs. Il s'agit de développer la participation des équipes soignantes à la gestion (maîtrise des dépenses et productivité),

---

<sup>19</sup> Réforme de l'hospitalisation (1998), **Contractualisation : dix questions sur les contrats d'objectifs en interne**, la Lettre n° 18 (pages 2 et 3)

<sup>20</sup> Hardy J. (1997), **Contractualisation interne et délégation de signature**, Revue hospitalière de France n° 6 (pages 844 à 847)

<sup>21</sup> Calmon M. (1997), **Contractualisation interne et délégation de gestion**, Revue hospitalière de France n° 6 (pages 832 à 843)

d'atténuer la dichotomie administratif – médical, de concilier les logiques et de rapprocher la prise de décision du niveau opérationnel. En 1994, **M. Crozier**<sup>22</sup> affirmait qu'encourager le management de proximité ne pouvait que favoriser le dialogue, améliorer la performance et la qualité des soins. Il pense que lorsque le management retrouve une crédibilité par sa capacité d'action sur les problèmes quotidiens, la confiance est restaurée.

Mais **M. Calmon** pointe aussi les limites de la démarche. Ainsi, l'organisation en services lui paraît être un obstacle (l'émiettement est un frein pour la mise en commun des moyens et la rationalisation de la gestion). Il s'agit de trouver une masse critique qui augmente la marge de manœuvre et limite le nombre de contrats au sein de l'établissement. Il propose également des axes de réorganisation (une logique de regroupement et le maintien d'une cohésion d'ensemble). Il faut éviter le risque de balkanisation inhérent à la déconcentration en négociant la délégation dans le cadre d'un contrat réaliste. Reste le problème du déséquilibre. L'une des parties s'engage sur des objectifs quantifiés, l'autre ne peut s'engager sur les moyens correspondants car elle est elle-même tributaire.

M. Calmon pense que l'intérêt du management de proximité doit être « *perçu progressivement par les acteurs (directeurs, médecins, soignants, administratifs...) comme un outil de décloisonnement des établissements et de responsabilisation des équipes et donc, en réalité, de meilleure prise en charge du malade.* »

Il cite l'exemple de l'Hôpital Européen G. Pompidou à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (**HEGP**) dont la direction a un rôle stratégique d'arbitrage et de contrôle. Des pôles, structures de proximité, ont été mis en place avec les services comme unités de base. Ce sont des pôles managériaux de gestion commune. Un coordonnateur est élu par le conseil parmi les médecins. Il est responsable devant le directeur de la gestion du pôle. Il est assisté d'un cadre supérieur infirmier, d'un cadre administratif, d'un cadre hôtelier et d'un cadre technique nommés par le directeur. La délégation de gestion peut aller jusqu'à une délégation de signature.

Lors du colloque du 9 janvier 2002, **E. Couty**<sup>23</sup> a défini la contractualisation comme la « *manifestation d'une volonté clairement exprimée par les différents acteurs et responsables*

---

<sup>22</sup> in « pour une stratégie du changement à l'hôpital », cité par Calmon M., ibid.

<sup>23</sup> DHOS – Ministère des Affaires Sociales (2002), **La contractualisation interne**, colloque organisé le 9 janvier 2002

*internes à l'établissement : médecins, partenaires sociaux et directeurs.* » L'intérêt est de faire jouer le principe de subsidiarité. Il précise qu'il ne s'agit pas de tout contractualiser car il existe des ressources « *rare*s » qui doivent faire l'objet d'une gestion centralisée. Il rappelle que le service n'est pas l'unité idéale et qu'il faut « *trouver des niveaux d'agrégation et de regroupement suffisants pour justifier la mise en œuvre de l'ensemble des responsabilités et des liens contractuels de la déconcentration* ». L'enjeu est l'émergence d'un langage commun à l'administration et aux soignants.

**Vincent You**<sup>24</sup> a mené une réflexion sur la subsidiarité à l'hôpital. Il rappelle que la **circulaire du 21 avril 1997**<sup>25</sup> énonce 3 objectifs à propos de la contractualisation interne : déconcentration, participation et souplesse. Il pense que le caractère facultatif de cette démarche explique l'attentisme de la plupart des établissements. En outre, les quelques expériences menées se font surtout autour de l'intéressement et des budgets de service. Il ajoute que l'utilisation des notions de contrat et de délégation est trompeuse car elle renvoie à des concepts juridiques qui ne sont pas appropriés à la contractualisation. Il s'agit plutôt ici d'une « *forme de management de proximité qui ne nécessite aucun aménagement juridique* ».

La subsidiarité est « *en même temps une règle de répartition entre deux niveaux et une aspiration à un recours minimal au niveau supérieur* ». Il s'agit avant tout d'un principe de management. Le principe de subsidiarité s'inscrit dans une logique de lutte contre l'inertie en déconcentrant et en faisant participer à la prise de décision ceux qui auront à l'appliquer. Il permet également de freiner l'éclatement en favorisant la solidarité et la transversalité. La subsidiarité s'accommode mal d'une délégation autoritaire. La délégation doit être conçue comme la faculté donnée à une personne ou à un service d'avoir à atteindre des objectifs en ayant le pouvoir d'agir sans contrôle d'opportunité. La hiérarchie n'est pas niée ; elle s'engage dans un contrat de confiance en acceptant l'incertitude du droit à l'erreur mais pas sa répétition.

**V. You** cite un PH du Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes qui estime que « *le seul objectif des réformes internes doit être de diminuer les frustrations dues à une centralisation excessive.* » La déconcentration va de pair avec une logique de projet, avec

---

<sup>24</sup> You V. (1998), **la subsidiarité à l'hôpital ? Réflexions pour la mise en place de procédures de contractualisation interne au CH Guillaume Régnier**, Mémoire ENSP (EDH)

<sup>25</sup> Circulaire DH / AF / AF 3 n° 97 – 304, Op. Cit.

une transparence. A l'hôpital, chacun tente de capter un maximum de crédits sans se limiter à ce qui lui serait nécessaire pour atteindre ses objectifs. V. You définit la transparence comme le rattachement des décisions à des objectifs, ce qui réduit la subjectivité habituelle des procédures. Il s'agit de passer de l'administration à la gestion en liant les moyens aux objectifs et non l'inverse. Le plus difficile est de ne plus fixer une obligation de moyens mais des objectifs. Entre l'obligation de résultat et l'obligation de moyen peut se glisser une marge d'initiative qui permet au personnel d'être valorisé et responsabilisé.

Déconcentrer revient à déterminer ce qui relève de la compétence propre des centres de responsabilité et ce qui les lie aux autres entités de l'établissement.

Ainsi, en gestion des ressources humaines, si l'organisation du travail, les remplacements, l'intérim et les heures supplémentaires peuvent être déconcentrés, de même que les crédits de formation, la prime de service et l'évaluation, les décisions sensibles de transformation ou fermetures de postes doivent prévoir une concertation entre DRH et DSSI.

Il faut associer délégation et renforcement de l'autorité centrale pour les domaines et décisions qui lui reviennent. Il faut tenir compte de l'évolution de certains rôles : les cadres de santé passent désormais par une école des cadres et sont compétents pour organiser une équipe. Il faut maintenant passer d'une fonction maternante à un rôle d'interface. L'enjeu consiste à conserver la dimension professionnelle tout en hiérarchisant la fonction. Cela est d'ailleurs bien amorcé avec l'existence des directeurs de soins et le travail des cadres sur la GRH de terrain. Pour les médecins, il faudra faire admettre que la fonction médicale englobe une fonction managériale. Les directeurs doivent quant à eux accepter de passer d'un rôle de gestionnaire à celui de manager en recentrant leur rôle qui n'est plus totalement directif mais supplétif, d'expertise et de mise en cohérence.

## **2.2 LA DECONCENTRATION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

La déconcentration est bien souvent abordée sous l'angle de la gestion budgétaire. En la matière, La gestion des ressources humaines est dès lors souvent cantonnée au versant « *management* ». L'hôpital recherche aujourd'hui les modalités d'une réelle déconcentration de la GRH.

## 2.2.1 Un aspect abordé principalement sous l'angle du management

### 2.2.1.1 La Gestion des Ressources Humaines (GRH)

**J.P. Citeau**<sup>26</sup> considère la fonction Ressources Humaines (RH) comme le « *témoin de l'évolution concrète des organisations depuis plus de 25 ans* ». Il pense qu'elle est aujourd'hui devenue l'un des éléments stratégiques de la dynamique du changement.

La tendance actuelle est « *managériale* » dans le cadre d'une professionnalisation de la fonction, d'une mobilisation et d'une responsabilisation de l'encadrement, d'un élargissement du champ d'activité (management participatif, conditions de travail...), d'un développement des outils de gestion (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, audit social...). La fonction couvre l'administration du personnel (application formelle du dispositif statutaire), la GRH (recherche permanente d'adéquation entre besoins nécessaires et ressources disponibles). Ce dernier domaine est de plus en plus laissé à l'initiative de l'encadrement direct. Les spécialistes de la fonction se situent désormais au niveau du conseil, de la coordination, de la garantie d'une cohérence globale.

Enfin, le développement social, aspect plus stratégique des RH, est intégré à la stratégie globale de l'entreprise (perspectives d'évolution des modes de management, formation...)

La dynamique sociale de l'entreprise est désormais un des éléments clés de sa réussite.

### 2.2.1.2 La déconcentration de la Gestion des Ressources Humaines

**Serge Vallemont**<sup>27</sup> insiste sur la capacité d'innovation des services opérationnels face à leur environnement. Concernant le personnel, l'administration doit sortir d'une logique de simple administration à une véritable politique de GRH. Il cite Mr Le Vert, ancien Directeur Général de l'Administration et de la Fonction Publique qui estime que « (...) *nos administrations ne sont pas organisées pour donner une réelle priorité aux questions de GRH (...)* » et que la culture dominante n'est pas gestionnaire.

---

<sup>26</sup> Citeau J.P. (2000), **Gestion des ressources humaines : principes généraux et cas pratiques**, Armand Colin (chapitres I et II)

<sup>27</sup> Vallemont S. (1991), **moderniser l'administration : gestion stratégique et valorisation des ressources humaines**, Nathan

Il est nécessaire de déconcentrer la fonction personnel pour qu'elle soit prise en charge à tous les niveaux, « *du directeur au chef d'équipe* », en tenant compte des contraintes de la Fonction Publique.

La fonction recouvre diverses tâches (dont la gestion administrative souvent centralisée : concours, notation, discipline, mutation, recrutement). Déconcentrer revient à remettre en cause un système certes lourd mais reconnu par tous (repère).

La déconcentration suppose la professionnalisation des gestionnaires locaux, la création de bilans et tableaux de bord permettant de mieux connaître les ressources et d'analyser les résultats quantitatifs et qualitatifs et la mise en place d'un système d'information de la gestion et la mise à disposition d'une documentation administrative mise à jour.

L'auteur note une évolution des mentalités qui remet en cause le système pyramidal (élévation des niveaux de formation, accès plus généralisé aux sources d'information) et s'accompagne d'une exigence de reconnaissance et de responsabilisation et du refus du vieux modèle taylorien dans lequel quelques uns sont censés penser et décider et le grand nombre exécuter. Il propose une démarche pragmatique fondée sur une écoute du terrain sans se dessaisir du pilotage du changement, sur une stratégie de maillage par le biais de la formation, de la contractualisation, de moyens de communication, d'évaluation.

Il faut clarifier les rôles, définir des objectifs et mesurer les écarts. Il faut « *mettre en place des outils de communication entre le centre et la périphérie afin de maîtriser globalement l'organisation et en assurer son pilotage (...)* », développer la pratique de l'évaluation pour établir un « *bilan de contribution de l'agent (...) sur le fondement, défini de manière concertée entre l'évaluateur et l'évalué, de la contribution attendue* ». Il s'agit de développer des modes de fonctionnement par objectifs. L'auteur insiste également sur la nécessité de développer le contrôle de gestion pour avoir une meilleure connaissance des coûts. Pour cela, la démarche doit être pédagogique, progressive et adaptée à chaque situation (sur mesure). Le contrôle de gestion lui semble être à la fois un outil de management, de communication et de gestion. Pour cela, les objectifs doivent être clairement définis.

Pour **J.M. Peretti**<sup>28</sup>, la décentralisation doit permettre une adaptation, une personnalisation réelle des décisions de GRH ainsi que la mobilisation des salariés. Le partage de la fonction implique cependant un travail de sensibilisation et de formation de la hiérarchie, un partage de l'information et une évaluation. Pour mobiliser, il faut associer, « *réunir toutes les conditions pour que les hommes prennent effectivement part à ce qu'ils font et ce qui se fait*

---

<sup>28</sup> Peretti J. M. (1996), **Tous DRH**, les éditions d'organisation

*autour d'eux.* ». Il faut communiquer sous la forme d'une collaboration pour «*éviter les monologues* ».

## **2.2.2 Les défis et enjeux de la déconcentration de la GRH à l'hôpital**

### 2.2.2.1 Les enjeux du partage de la GRH à l'hôpital

**O. Derenne, J.B.Hagenmuller et D. Jancourt**<sup>29</sup> ont posé la question de l'impact du partage de la GRH sur le fonctionnement des acteurs dans un établissement de santé. Ils pensent que réfléchir au partage de la GRH revient à réfléchir au partage des responsabilités entre la DRH et les responsables hiérarchiques de l'organisation. Ils distinguent le service RH (support structurel) de la fonction (ensemble d'activités). Le service doit permettre de garantir une certaine cohérence, définir les politiques et répartir les moyens nécessaires. Le partage est donc un mode de management facteur de responsabilisation. Le partage ne va de soi à l'hôpital (structure hiérarchique et intégrée à une Fonction Publique imposant un statut uniforme nécessitant une gestion centralisée). Or, la fonction personnel s'est élargie. On est passé de la gestion administrative à la gestion de l'emploi et des personnes (intégrant la formation, l'évaluation, l'affectation...et donc les cadres de proximité) puis au développement des ressources (intégrant les conditions de travail, la définition de nouvelles compétences avec un rôle fondamental à jouer pour les cadres). Tout objective la nécessité du partage : la taille des hôpitaux, la diversité des fonctions, le manque de communication interne. Mais ce partage ne se mettra en place que dans le cadre d'une «*relation de confiance* », d'une démarche pragmatique et formalisée. Le partage doit aller au delà de l'exécution et atteindre le niveau d'élaboration des décisions. Il est essentiel de reconnaître aux acteurs «*une capacité d'influence réciproque* ». Il faut précisément définir ce qui est partagé et fluidifier la circulation de l'information pour aller vers plus de transparence sur les objectifs et les moyens utilisés. Il faut être prêt à sortir du modèle traditionnel et à remettre en cause ses pratiques antérieures. Il ne peut donc s'agir que d'un processus évolutif, d'une approche graduée qui utilise le temps comme levier, à partir des acquis d'une étape pour en aborder une autre. D'étape en étape, on consolide, on réoriente. Les outils doivent également être adaptés et il faut expérimenter. La direction doit alors être le fédérateur des énergies mises

---

<sup>29</sup> Derenne O., Hagenmuller J.B., Jancourt D. (octobre – novembre 1998), **la gestion partagée des ressources humaines**, Technologie Santé



en œuvre. Elle définit la ligne directrice et arbitre. Les auteurs rappellent en outre que la délégation ne signifie pas l'abandon de sa responsabilité par le directeur. Il ne s'agit pas non plus de contrôler sans prévenir. Il faut respecter l'autonomie du délégataire. Celui-ci doit en retour adhérer aux objectifs fixés et rendre régulièrement des comptes. Cette démarche doit s'inscrire dans une véritable gestion de projet.

Pour **A. Lucas**<sup>30</sup>, les enjeux du partage sont l'efficacité par la répartition des responsabilités entre DRH et cadres opérationnels ; il faut accepter que ces derniers soient effectivement dotés des prérogatives leur permettant effectivement de décider. Il faut aller au delà de la seule gestion administrative des agents et leur permettre d'exprimer au mieux leurs compétences et leurs potentiels. Une maîtrise centralisée de la GRH lui paraît illusoire. Mais il existe des freins (fonctionnement hiérarchique hérité du statut de la Fonction Publique avec un agencement en corps et grades, double hiérarchie médicale et paramédicale, limitations des moyens). Il faut donc profiter des quelques marges de manœuvre existantes (dans l'évaluation, l'organisation du travail, formation, choix des cadres) et profiter des démarches de type accréditation ou contractualisation.

**J. M. Peretti**<sup>31</sup> préconise une fonction GRH assumée par tous les acteurs de l'organisation. Cela passe par une personnalisation des solutions proposées et l'adaptation du personnel aux contraintes de l'entreprise.

**D. Debrosse**<sup>32</sup> estime que la démarche de partage de la GRH doit être l'occasion d'une redéfinition des rôles de chaque niveau hiérarchique en vertu d'une répartition entre stratégie pensée au sommet et une gestion quotidienne laissée aux hommes de terrain. Cette démarche va dans le sens d'une évolution du monde hospitalier ; elle n'est pas une simple et nouvelle modulation de la démocratie. Aujourd'hui, le directeur se trouve en situation de prendre des décisions arbitraires car il ne dispose pas des éléments permettant de justifier ses choix. Le partage entraîne bien sûr pour la direction, la perte d'un monopole. Elle va

---

<sup>30</sup> Lucas A. (1999), **partager la GRH dans les établissements sanitaires et sociaux : les enjeux du partage** (compte rendu de colloque), Gestions hospitalières n° 383 (pages 84 et 85)

<sup>31</sup> Ibidem

<sup>32</sup> Debrosse D.(1999), **Partager la GRH, partager le pouvoir** (compte rendu de colloque), Gestions hospitalières n° 383, (pages 87 et 88)

devoir renoncer à une partie de son pouvoir sur les personnes. Ses marges de manœuvre seront réduites, ses erreurs exposées au grand jour. Mais en contrepartie, les directeurs vont gagner du temps pour l'essentiel, prendre du recul et anticiper sur les évolutions et les besoins, en sortant de l'urgence.

Le **colloque de 1999**<sup>33</sup> sur le partage de la GRH a fait réapparaître, au fil des réflexions, les vieux démons du management vertical (où certains décident et d'autres exécutent) et du cloisonnement horizontal entre services au nom des spécificités de chacun. Or, l'hôpital a déjà des exemples de souplesse à travers le développement de groupes de travail notamment. Il faut cependant aller au delà d'une simple direction participative et ne pas abuser de la formation pour faire adhérer les acteurs à la philosophie.

**D. Vilchien**<sup>34</sup> rappelle la filiation de ce projet avec la circulaire Rocard de février 1989. Elle précise que la loi de 1991 est dans la même logique (projets de service, constitution de centres de responsabilité) de responsabilisation et de déconcentration. La réforme de 1996 ne fait qu'amplifier cette évolution. D. Vilchien rappelle que des questions restent posées en la matière : la mobilisation des cadres de proximité, le décroisonnement en dépit de la diversité des métiers, le partage de la GRH. Il faut développer les procédures de contractualisation et de délégation de gestion en s'appuyant, notamment pour la GRH, sur l'encadrement (élaboration des plans de formation, organisation et aménagement du temps de travail, Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (**GPEC**), démarche d'accréditation, définition des postes, examen et maintien des compétences, évaluation des performances, promotion de la formation...).

Quelques établissements publics de santé ont déjà expérimenté la déconcentration de la GRH. Ainsi, le Centre Hospitalier Le Vinatier<sup>35</sup> a-t-il fait le choix d'une déconcentration de l'effectif théorique par centre de responsabilité, ce qui permet au niveau central, une meilleure analyse des moyens en personnel et un meilleur dialogue entre Direction des

---

<sup>33</sup> Derenne O., Hagenmuller J.B., Jancourt D., Op. Cit.

<sup>34</sup> Vilchien D. (1999), **partage de la GRH et modernisation de la gestion hospitalière**, Gestions hospitalières n° 383, (pages 90 et 91)

<sup>35</sup> Couty E., Budet J.M., Ségade J.P., Cauvin C., Crémadez M., Biron N., Penaud M., Castel P., Op. Cit.

Ressources Humaines (**DRH**), Direction du Service de Soins Infirmiers (**DSSI**), Direction Générale (**DG**) et services. Un tableau des emplois global est désormais accompagné d'un tableau des emplois par contrat. La dotation au titre de l'effectif théorique de référence (**ETR**) comprend l'effectif nécessaire à l'activité contractuellement fixée, les moyens nécessaires au remplacement de l'absentéisme (sauf Congés Longue Durée, Congés Longue Maladie, Congés de Formation Professionnelle et études promotionnelles, Temps Partiel et départ définitif d'un agent qui restent centralisés). La fongibilité et la souplesse entre les grades est possible dans la mesure où ils sont sous la responsabilité d'une seule et même direction, sinon, avec l'accord des directions concernées. Si cette modification s'avère durable, une demande de transformation de l'ETR est possible après accord de la DG pour modifier le cadre des effectifs. Les tableaux de suivi du personnel se font sur la base de documents trimestriels voire mensuels en cas de problème. En cas de difficultés liées à des absences ne permettant pas d'assurer le maintien des objectifs, ces derniers peuvent être révisés après concertation entre le centre de responsabilité, la Direction des Affaires Financières (**DAF**), la DRH et la DSSI.

Au Centre Hospitalier Régional Universitaire (**CHRU**) de Lille<sup>36</sup>, les services sont regroupés en clinique. Le bureau de cette unité est composé du coordonnateur, des chefs de services, des responsables des UF, d'un représentant médical et non médical et du cadre paramédical assistant le coordonnateur. Il prépare les choix proposés au conseil de clinique notamment concernant les effectifs, leur répartition entre les services ou UF, les actions de formation continue. Le coordonnateur est assisté d'un cadre pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités. Il peut être assisté d'un cadre gestionnaire. La gestion des moyens humains recouvre pour l'instant le recrutement, la gestion des mensualités de remplacement, la proposition du plan de formation continue des personnels de la clinique. Le recrutement du personnel non médical est soumis aux règles de fonctionnement de la bourse des emplois vacants qui garantit la priorité aux personnes en activité dans l'établissement. Les modalités d'association du bureau de la clinique au recrutement restent à définir. La clinique dispose d'une enveloppe de mensualités de remplacement négociée avec la direction. Les remplacements de longue durée restent soumis à l'approbation du bureau de la clinique. La clinique doit présenter un programme pluriannuel de formation en concertation avec les personnels dans le cadre des projets médical et soignant. Un intéressement est envisagé si la clinique dégage une économie sur un poste de dépenses. Il

---

<sup>36</sup> Dossier (1999), **contractualisation interne : les nouvelles structures**, Gestions hospitalières n° 389, (pages 605 à 618)

est réparti pour moitié entre la clinique et le CHRU et ne peut être affecté qu'à des dépenses non pérennes (entretien, travaux, petits équipements...).

Au CHU de Rouen, l'organisation est déconcentrée en 13 pôles d'activités qui bénéficient d'une délégation de gestion. Pour la gestion du personnel, elle couvre les crédits de formation et les mensualités de remplacement. Le bureau de pôle est composé d'un coordonnateur médical assisté d'un cadre soignant, d'un cadre administratif dédié et d'un directeur référent facilitateur.

A l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (**AP-HP**), des orientations prévoient une contractualisation dans le cadre d'un centre de responsabilité, avec un coordonnateur médical et paramédical nommés par le directeur sur proposition de leurs pairs et éventuellement un cadre administratif référent. Pour la gestion des ressources humaines, la délégation de gestion couvre la modification annuelle du tableau des emplois dans le respect d'une enveloppe d'indices, le choix final des recrutements dans le cadre d'une charte de gestion. (expérimentations à l'HEGP, à l'Hôtel-Dieu, Saint Louis, Louis Mourier, Necker, Rothschild et Tenon)<sup>37</sup>.

**V. You**<sup>38</sup> donne l'exemple du CH Guillaume Régnier où les crédits de formation continue ont été déconcentrés. Les crédits ont été répartis en budgets de service. Il s'agit d'une enveloppe pour les besoins spécifiques en dehors du plan de formation de l'établissement géré centralement (mais élaboré en concertation). Chaque trimestre, le service reçoit un tableau de bord retraçant les crédits engagés et le solde disponible. La décision de toute formation reste cependant à la charge du directeur même s'il suit l'avis du chef de service dans la majorité des cas. Il n'y a pas de gestion déconcentrée des remplacements ni d'intéressement sur la gestion des crédits. La responsabilisation véritable viendrait plutôt de la possibilité de lier entre eux les crédits formation et remplacement. Le service pourrait ainsi, selon lui, accroître sa capacité de formation par un virement de crédits préalablement prévus pour employer des contractuels d'été.

---

<sup>37</sup> DHOS – Ministère des Affaires Sociales (2002), **La contractualisation interne**, colloque organisé le 9 janvier 2002

<sup>38</sup> You V., Op. Cit.

Au CHU de Nantes<sup>39</sup>, un guide méthodologique de la gestion de proximité a été élaboré. Pour le personnel, le pôle reçoit l'intégralité des dépenses de personnel médical et non médical conformément à un tableau des emplois préalablement établi par pôle. Cette masse budgétaire comprend les personnels titulaires et contractuels. Des adaptations sont nécessaires pour tenir compte des bi appartenances pour les hospitalo-universitaires. Des mensualités de remplacement permettent aux pôles de bénéficier d'un droit de tirage pour faire face à leurs besoins ponctuels de remplacement. Les crédits de formation continue sont délégués pour moitié aux pôles. Les personnels non médicaux sont budgétisés sur la base d'une moyenne par grade au sein de l'établissement. L'administration quotidienne des personnels est déléguée. Selon le principe de fongibilité, les pôles doivent pouvoir procéder à des transformations de postes. Le recrutement (sauf contractuels dans des conditions précises), la gestion des carrières et l'exercice du pouvoir disciplinaire restent centralisés. Un intéressement est théoriquement possible sur les économies réalisées.

A la tête du pôle, le décloisonnement catégoriel se fait à travers le triumvirat comprenant un PH, un cadre soignant et un cadre administratif. Le principe est la collégialité. Le cadre soignant gère le personnel non médical et le plan de formation, la GPEC, l'organisation des soins et la politique qualité. Le cadre administratif gère les aspects budgétaires, le suivi d'activité, les tableaux de bord et les instances du pôle. Un agent de gestion du personnel est délégué auprès du pôle pour la gestion quotidienne et l'interface DPRS / pôle. Le directeur du pôle est le récipiendaire de la délégation de gestion. Pour éviter un retour aux intérêts catégoriels, le cadre administratif par exemple, ne doit pas limiter son activité à la dimension administrative qui peut également être gérée par le cadre soignant.

Au Centre Hospitalier (CH) de la Côte Basque<sup>40</sup>, les équipes soignantes sont constituées en un pool d'intervention commun à l'ensemble du pôle. Les agents doivent être plus mobiles et plus polyvalents pour pouvoir intervenir sur plusieurs unités différentes. Cette déconcentration accompagne en fait une évolution actuelle de l'organisation hospitalière, notamment dans les grandes structures telles que les CHU.

---

<sup>39</sup> Bras J.C. (1998), **l'organisation interne de l'hôpital en pôles à partir de l'expérience de contractualisation interne du CHU de Nantes**, Mémoire ENSP (EDH)

<sup>40</sup> Plan E. (2000), **les enjeux organisationnels et managériaux d'un projet de réorganisation interne en pôles par pathologies au CH de la Côte Basque**, Mémoire ENSP (EDH)

### 2.2.2.2 Les nouvelles organisations hospitalières

**A. Bernardou**<sup>41</sup> décrit ce qu'il appelle les « cultures » hospitalières « gestionnaire » et « de soins » qui sont a priori bien différentes et pourtant complémentaires « *car poursuivant toutes deux un objectif commun, le service du patient.* » A travers l'organigramme, il montre que le praticien est absent de la sphère de gestion. Il pointe des oppositions « culturelles » entre administratifs et médecins qui forment deux sous-ensembles indépendants. L'un émanation du pouvoir central, de tradition laïque, animé de logique et respectueux de l'écrit ; l'autre, incarnation du pouvoir éclaté, d'idéologie « religieuse » et affective, libéral, élitiste et pragmatique. Tirillées entre les deux groupes ainsi dépeints, on trouve les surveillantes générales (cadres supérieurs infirmiers ou médico-techniques) missionnées par la direction mais affectivement liées au corps médical. « *Ces deux systèmes se complètent et sont condamnés au mélange.* » Les praticiens demandent le pouvoir (sur) au motif qu'ils détiennent le savoir (médical) et le directeur, qui a le pouvoir, souhaiterait détenir le savoir. Le président de la CME qui n'a aucun pouvoir hiérarchique sur les praticiens, fait le lien entre les deux. Tous aimeraient avoir le pouvoir, le savoir et l'estime. Cette description un peu caricaturale a le mérite de planter le décor et de présenter les acteurs hospitaliers tels qu'ils sont perçus dans une organisation classique.

L'hôpital semble aujourd'hui être caractérisé par une « *ligne hiérarchique brisée* », un cloisonnement et une centralisation par habitude. **H. Mintzberg**<sup>42</sup> a ainsi montré qu'à l'hôpital, le centre opérationnel (services) était responsable de l'activité courante appuyé par une technostructure (directions fonctionnelles) légère ayant surtout un rôle économique. Le sommet stratégique (la Direction Générale) est responsable de la performance de l'organisation et des relations avec l'environnement extérieur. La spécificité des hôpitaux réside dans le fait que les services de soins ont le quasi monopole de l'expertise et que les médecins ne sont soumis ni pleinement ni directement au pouvoir hiérarchique du directeur général. Les chefs de service ne sont pas nommés ni évalués par lui. Son influence n'intervient qu'à travers la technostructure et la logistique. La ligne hiérarchique est ainsi interrompue et tout est affaire d'ajustements mutuels (coordination personnalisée et informelle) et d'accords circonstanciés et fragiles. Pour M. Crozier, le cloisonnement est la « *traduction organisationnelle de la tendance à la spécialisation* » à l'hôpital où chacun

---

<sup>41</sup> Bernardou A. (1998), **contractualisation : le praticien, le directeur et le président : une éthologie de l'hôpital**, Revue hospitalière de France n° 5 (pages 490 à 497)

<sup>42</sup> Cité par You V., Op. Cit.

poursuit des objectifs distincts. La contractualisation ne peut que favoriser la stratégie d'écoute car la centralisation a conduit à la déresponsabilisation et à l'inertie des acteurs opérationnels et périphériques.

Les **nouvelles organisations hospitalières**<sup>43</sup> qui se mettent en place aujourd'hui dans certains hôpitaux (contractualisation entre pôles d'activité et direction) répondent à une double exigence, celle d'un management de proximité permettant de mieux répondre aux attentes des usagers et celle d'une allocation plus pertinente des ressources hospitalières. C. Cauvin et M. Crémadez décrivent l'hôpital comme une structure hiérarchique très plate (deux à trois niveaux seulement) ; la suppression de niveau hiérarchique n'est donc pas la question centrale pour ces établissements. Le souci de l'hôpital est plutôt de regrouper les unités de travail existantes.

L'hôpital a lui aussi intégré les évolutions des organisations. En réaction à son environnement, il a développé une technostructure administrative, notamment pour répondre à la contrainte budgétaire. A l'hôpital, d'un côté les médecins gèrent leur relation à l'usager et aux professionnels de santé extérieurs de façon quasi exclusive, de l'autre, la direction gère seule la relation à la tutelle, aux organismes de financement et aux politiques. La préoccupation stratégique de l'organisation sera portée par le directeur confronté à la nécessité d'assouplir la contrainte face à un environnement de plus en plus contraignant. La réforme du financement (dotation globale) a d'ailleurs replacé l'hôpital dans son environnement et l'a obligé à faire des choix. La loi hospitalière, en légiférant sur la stratégie à l'hôpital, a aussi obligé les différents acteurs à travailler ensemble autour de projets (de service, médical, d'établissement...). Il a également fallu tenir compte de l'activité hospitalière qui implique une relation immédiate et intime avec le patient. Un management centralisé laissant les soignants en marge du processus gestionnaire paraît donc inapproprié.

L'institution hospitalière s'est construite autour d'unités de soins définies par rapport à un nombre de lits, un domaine de pathologie, une équipe soignante (médicale et paramédicale). Le facteur d'efficacité est alors la qualification des professionnels. Dans les années 80, les modes de prise en charge se sont diversifiés (alternatives à l'hospitalisation) et la mise en commun d'infrastructures s'est développée. L'évolution des technologies a fait de l'ombre à la seule qualification des professionnels. Face à la standardisation des processus, on a

---

<sup>43</sup> Les six paragraphes suivants s'appuient sur les réflexions de Cauvin C., Crémadez M., Op. Cit.

même parlé d'industrialisation de l'hôpital avec cependant la fondamentale valeur ajoutée apportée par le personnel.

L'hôpital s'inscrit dans un environnement évolutif qui l'oblige à imaginer une organisation adaptable. Aujourd'hui, on cherche à éviter la balkanisation et l'émiettement de l'organisation en services très spécialisés en recherchant un découpage en unités efficaces et décloisonnées. On s'oriente ainsi vers les pôles d'activités médicales.

L'hôpital, comme toute organisation, doit répondre à deux objectifs a priori contradictoires : la concentration pour réaliser des économies d'échelle et la gestion de proximité pour pouvoir rapidement s'adapter aux exigences de l'utilisateur. En réalité, ces deux exigences ne se situent pas au même niveau. L'une concerne les entités juridiques, l'autre concerne les dispositifs organisationnels et aboutit à « *un écrasement des organigrammes*<sup>44</sup> » (diminution de niveaux hiérarchiques, élargissement du pouvoir des unités de base). Or, cette structure plate (reliant sans niveaux intermédiaires, le sommet à un grand nombre d'unités de base, notamment dans les CHU) est celle qu'a adoptée l'hôpital depuis sa création. L'enjeu à l'hôpital est donc de conserver ces qualités existantes (proximité médicale notamment) tout en développant les qualités managériales et la capacité de coordination des unités de base. L'environnement impose aujourd'hui d'anticiper et de réagir à l'imprévu. Pour l'hôpital, il s'agit de reconnaître la diversité des populations et des besoins évolutifs. Il doit pouvoir répondre à ces exigences tout en préservant son unité institutionnelle, clarifier les objectifs et les rôles sans rendre les acteurs prisonniers de territoires trop étroits. C'est l'avènement d'un management fondé sur le projet, plus flexible et plus à même de maîtriser le facteur temps : un objectif final est repéré en termes d'exigence technique, de coûts et de délais de réalisation. Le projet s'inscrit dans un espace temporel au fil d'étapes intermédiaires qui doivent mener jusqu'à l'objectif final. Il s'agit également dans ce cadre, de gérer les différents intervenants et de permettre à chacun d'identifier sa contribution à un résultat d'ensemble, sortir d'une logique territoriale. Il s'agit de mobiliser un minimum de ressources grâce à la coordination et à la collaboration. Le pouvoir se fonde dès lors sur le leadership plus que sur le statut. L'organisation appropriée repose alors sur une technostucture légère et une logistique efficace. Le reste de la structure doit être adaptable à la demande.

La perspective des grands établissements de type CHU est un regroupement en pôles médicaux « *de type divisionnel, stables, centrés sur la recherche d'une réduction du nombre d'interlocuteurs en relation directe avec la Direction Générale* ». « *Dans un monde de professionnels, la coordination horizontale l'emporte sur la coordination verticale et*

---

<sup>44</sup> Cauvin C., Cremadez M., Op. Cit.



*hiérarchique*<sup>45</sup> ». Le pôle peut devenir un échelon hiérarchique supplémentaire entre les services et la direction. Chaque pôle est doté d'un échelon propre de technostucture (notamment pour le suivi des coûts) articulée avec les directions fonctionnelles concernées qui ont désormais un rôle d'expertise et de coordination d'ensemble. Il faut éviter d'inscrire les médecins habitués à des coordinations de type transversal, dans une structure hiérarchique classique. Mais il faut également éviter le risque d'atomisation. Le pôle doit être un relais permettant à la fois l'animation stratégique et la rationalisation de la gestion sans alourdir le dispositif hiérarchique et en favorisant une meilleure implication des acteurs. L'organisation peut également se fonder sur le réseau qui est déjà pratiqué sur un mode confraternel à l'hôpital. Il a l'avantage d'intégrer l'espace organisationnel formel et les initiatives informelles. Le management, pour le sommet hiérarchique, consiste alors à animer et à réguler. Le pôle peut permettre aux médecins de dépasser le seul cadre de leur discipline à condition que le corps de direction accepte de trouver sa place (activation, animation, mise en cohérence stratégique, suivi et expertise) dans cette nouvelle organisation. Il lui faut quitter le simple exercice du commandement.

L'enjeu d'une réorganisation hospitalière n'est pas la recherche d'une organisation optimale mais plutôt une combinatoire permettant d'adapter rapidement les modes d'action aux nécessités. Ainsi le réseau donne-t-il la priorité à la dynamique plutôt qu'à la forme de l'organisation.

Le découpage en pôles n'obéit pas à une seule et même logique (organes, pathologies, population, prestation...). Chaque pôle doit être « *le lieu de mise en exergue d'une dimension spécifique de la prise en charge*<sup>46</sup> ». Il faut favoriser un contexte de coopération et non de lutte de pouvoirs. Les pôles peuvent être la « *traduction structurelle du projet d'établissement* ». Ils doivent également permettre de pallier le « *déficit de relation entre les médecins et les gestionnaires*<sup>47</sup> ». Les médecins ne sont pas hiérarchiquement rattachés au directeur. Les pôles offrent donc une alternative intéressante. Il est ainsi possible d'imaginer un comité de direction (sur le modèle des comités de pilotage) avec un responsable par pôle pour les choix et arbitrages stratégiques et la mise en cohérence. Il remplacerait la commission issue de la CME, chargée de gérer les ressources et les compétences

---

<sup>45</sup> Ibidem

<sup>46</sup> Ibidem

<sup>47</sup> Ibidem

médicales. Le pôle doit être le lieu d'intégration des logiques gestionnaire et soignante. Son animation peut d'ailleurs être confiée à un binôme gestionnaire / soignant pour éviter toute bureaucratisation du rôle médical. Le pôle « *rétablit un lien direct entre le corps médical et la direction*<sup>48</sup> ». Le responsable est proposé par les membres du pôle et désigné par le directeur. Cela lui donne une double légitimité. Un contrat est passé entre le pôle et la direction sur la base d'objectifs, de projets et de moyens conformes au projet d'établissement. Un management de proximité confié à l'encadrement intermédiaire peut être mis en place pour assister les responsables d'unités dans l'élaboration et le suivi des budgets, la bonne application des procédures de gestion...

Le pôle ne doit pas être un « *super service* » avec son territoire, ses moyens propres et sa chefferie. Cela reviendrait à bureaucratiser la nouvelle organisation et irait donc à l'encontre de la recherche de réactivité. Il faut éviter de renouveler l'échec de la départementalisation de 1984.

L'hôpital est traversé de nombreuses forces centrifuges qui pèsent sur l'organisation<sup>49</sup>. C'est certainement ce qui explique « *le paradoxe entre la qualité des soins considérée comme satisfaisante et la gestion jugée peu performante*<sup>50</sup> ».

A propos de ces nouvelles organisations hospitalières, **J.C. Bras**<sup>51</sup> décrit « *l'émergence d'une nouvelle entité médicale liant intimement les dimensions médicales, soignantes et gestionnaires* ». Cette réorganisation suscite des interrogations et entraîne un repositionnement des services et de l'entité hôpital par rapport aux pôles. La contractualisation quant à elle, doit être vécue comme marquant le passage d'un dialogue hiérarchisé à une conception plus horizontale entre professionnels. L'organisation en pôles permet une prise en charge globale que n'offrent plus les services ultra spécialisés. Le service, par la forte territorialité qu'il sous-tend, ne permet pas les redéploiements. La fédération de services ne va pas assez loin car elle ne s'accompagne pas d'une délégation pour gérer les moyens mis en commun. Le pôle est a priori centré sur le patient et dispose d'une masse critique d'activité tout en gardant une échelle humaine. Il dispose du pouvoir de

---

<sup>48</sup> Ibidem

<sup>49</sup> Crémadez M. cité par Bras J.C., Op. Cit.

<sup>50</sup> Cauvin C., Crémadez M., Op. Cit.

<sup>51</sup> Bras J.C., Op. Cit.

mettre en œuvre des décisions qu'il prend. La délégation de gestion est donc un élément essentiel de cette réorganisation médicale. Les unités opérationnelles aspirent à une plus grande responsabilisation face à leur travail. La notion de contrat doit fonder la relation sur un dialogue équilibré qui ne redevient hiérarchique qu'exceptionnellement. C'est le prolongement d'un management participatif. Cette aspiration est d'autant plus forte chez les cadres que la maîtrise des décisions quotidiennes renforce leur crédibilité auprès de leur équipe. Une décision prise au niveau central est perçue comme lointaine et son application en est affectée. La délégation est un moyen de permettre aux unités opérationnelles de réinvestir l'établissement à partir des questions qui affectent directement leur quotidien. Le niveau décentralisé permet une plus grande réactivité.

J.C. Bras rappelle que la délégation par le contrat est un acte de confiance. Le meilleur symbole de cette liberté et de la réactivité est certainement la fongibilité qui permet de transférer des crédits d'une ligne à l'autre, le transfert d'un groupe fonctionnel à l'autre nécessitant une décision modificative délibérée en Conseil d'Administration (**CA**). Les nouvelles relations au CHU de Nantes, ont été organisées par un guide méthodologique de la gestion de proximité. Restaient cependant la question de la relation des pôles avec les autres services de l'hôpital. Pour cela, J.C. Bras préconise une contractualisation des relations entre les pôles.

Le service reste cependant un obstacle pour les pôles. En effet, il est le cadre naturel de la carrière médicale et le lieu officiel de son activité pour le Code de la Santé Publique. Le chef de service est nommé par le ministère et ses compétences restent grandes (recrutement des personnels médicaux, organisation des missions d'enseignement dans les CHU, responsabilité médicale et technique du service, gestion du conseil de service). Il est en outre le pivot de la carrière des praticiens et il élabore le tableau de service qui consigne les activités que chaque PH est amené à réaliser. Il conserve un pouvoir d'encadrement des étudiants et un pouvoir général d'organisation médicale du service. Il peut ainsi proposer des créations, transformations et suppressions d'unités fonctionnelles. A Nantes<sup>52</sup>, le directeur de pôle est compétent pour élaborer le tableau des emplois du pôle, pour gérer les crédits sur lesquels ils sont rémunérés et les congés des paramédicaux. L'articulation entre ces deux acteurs est donc indispensable pour éviter par exemple, qu'un chef de service demande une transformation d'UF qui ne coïncide pas avec les moyens ou la politique générale du pôle. Au CHRU de Lille, le chef de service s'est recentré sur une activité essentiellement

---

<sup>52</sup> Ibidem

universitaire d'encadrement et d'évaluation des étudiants. Il est également possible de lier les acteurs dans le cadre d'un comité médical de pôle où les conflits de compétence pourraient trouver une solution.

Vis à vis de l'hôpital, le pôle ne doit pas entrer en concurrence. La direction doit se situer dans un rôle d'appel (en cas de non respect des textes ou des procédures par le pôle, de dysfonctionnement...), d'expertise et de conseil, de production d'informations et de préservation de l'entité juridique. Pour ce faire, la mise en place d'un comité stratégique d'établissement est possible avec le directeur général et les directeurs de pôles.

**Estelle Plan**<sup>53</sup> s'est interrogé sur les enjeux d'une réorganisation en pôles au sein du Centre Hospitalier de la Côte Basque. Plusieurs facteurs encouragent selon elle, cette réorganisation : la nécessité de faire converger l'organisation interne vers l'utilisateur, le resserrement des contraintes budgétaires, les aspirations des personnels à plus de responsabilisation. Les pôles regroupent et mutualisent tous les moyens physiques, humains et budgétaires et bénéficient d'une délégation de gestion.

Le pôle permet également de dépasser la logique d'appropriation et d'accumulation de moyens et d'attribution figée de lits. Dans cette nouvelle logique, la prise en charge du patient est cohérente et évite les ruptures. Le malade peut disposer de l'ensemble des compétences, non plus successivement mais simultanément. C'est le médecin qui vient au patient et plus l'inverse. Il s'agit de promouvoir les réseaux internes autant qu'externes, de créer un comportement d'acteur - concepteur qui contribue à l'amélioration du fonctionnement de son organisation. L'enjeu de l'organisation en pôles est d'intégrer les logiques médicales, soignantes et administratives dans un même espace de décision, par un management déconcentré, d'accroître la flexibilité et la réactivité des agents face à un environnement évolutif et de responsabiliser pour accroître la capacité innovatrice des équipes en développant une culture de délégation et de résultats.

Au CH de la Côte Basque, l'organe de décision est un triumvirat composé d'un coordonnateur médical, d'un cadre infirmier et d'un directeur référent. Le cadre assiste le coordonnateur dans la gestion et l'évaluation des soins. Le coordonnateur a un rôle d'animateur. En pratique, les médecins de cet établissement ont été assez peu porteurs de projets. Le flou juridique du concept de pôle s'est révélé peu motivant et la délégation de gestion a en outre eu peu de poids face à un service assis sur un corpus juridique et une légitimité historique et symbolique. Par ailleurs, il est risqué de laisser cohabiter les

---

<sup>53</sup> Plan E., Op. Cit.

départements, les fédérations, les services et les pôles. Leurs prérogatives sont différentes. Il reste une confusion entre l'organisation actuelle et les hiérarchies anciennes. Le pôle peut également abriter des conflits de pouvoirs qui risquent de multiplier les circuits décisionnels. E. Plan préconise donc une clarification du cadre juridique de la nouvelle organisation et de la nature et de l'étendue de la délégation ainsi que des modalités d'intéressement et de sanctions. Il faut peut-être aussi inventer de nouveaux profils de métier (pour les cadres de proximité, les directeurs référents...).

Mais comme l'a dit **H. Mintzberg**<sup>54</sup>, le passage d'une organisation de type mandarinat (autoritaire et presque patriarcale) à un modèle plus horizontal et démocratique ne peut se faire sans un apprentissage du dialogue. Le changement viendra donc d'un long processus d'évolution des mentalités. Il faudra travailler sur le recrutement, la formation et la socialisation.

### **3 - DEUXIEME PARTIE – LA DECONCENTRATION DE LA GRH A L'HOPITAL : BALBUTIEMENTS ET ACHEVEMENT**

La gestion hospitalière des ressources humaines reste marquée par une organisation hiérarchique et centralisée. La perspective d'une déconcentration augure donc un bouleversement du schéma traditionnel même si l'hôpital a déjà adopté depuis longtemps, quelques modes de fonctionnements propres à la gestion de terrain.

#### **3.1 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES A L'HOPITAL DANS UNE ORGANISATION CLASSIQUE**

Dans les établissements publics de santé, la GRH reste très centralisée malgré un relais managérial des cadres sur le terrain. Les CHU de Poitiers et de Nantes n'échappent pas à cette règle.

---

<sup>54</sup> Cité par Plan E., Op. Cit.

### 3.1.1 Une gestion centralisée et statutaire

Le statut de la Fonction Publique Hospitalière contraint la gestion du personnel hospitalier quel que soit l'établissement public de santé employeur. La carrière du personnel non médical est gérée centralement, du recrutement à la retraite, par la Direction du Personnel et la DSSI. Les aménagements existants consistent en une délocalisation des services du personnel sur site. C'est le cas dans les établissements éclatés géographiquement sur des sites nombreux et distants (AP-HP ou CHU de Nantes par exemple).

Le statut est souvent considéré comme un rempart contre les inégalités et la flexibilité par les organisations syndicales<sup>55</sup>. En outre, les hôpitaux ont développé une gestion très hiérarchisée qui n'est pas liée qu'au Statut de la Fonction Publique. Il s'agit pour les personnels soignants, d'une hiérarchisation des compétences dans la prise en charge du malade. Dans ce cadre, il existe un lien fonctionnel fort entre personnels soignants et personnels médicaux. Par ailleurs, l'histoire récente des hôpitaux les lie encore très fortement à la religion. La présence de religieuses parmi les personnels soignants n'est pas si ancienne. Il arrive encore que le cadre supérieur soignant soit comparé à l'emblématique « *mère supérieure* ». Parallèlement à la professionnalisation accrue des métiers de la santé, les personnels infirmiers ont d'ailleurs vivement contesté le maintien de cette filiation en refusant d'être assimilés à des « *nonnes* ».<sup>56</sup> De même, si la relation entre personnels médicaux et non médicaux ne se fonde sur aucun lien hiérarchique statutaire, elle reste très paternaliste. Les services administratifs et généraux relèvent eux, d'une organisation bureaucratique classique fondée sur une hiérarchie statutaire.

---

<sup>55</sup> Observation de structures hospitalières (hôpitaux de l'AP-HP, CHU de Poitiers) dans le cadre de stages et d'une expérience professionnelle de gestion statutaire (temps de travail et absences) dans un service du personnel à l'AP-HP.

<sup>56</sup> Référence aux mouvements sociaux infirmiers des années 90 qui ont conduit à la création des directions et services de soins infirmiers ayant à leur tête un infirmier général membre de l'équipe de direction.

### **3.1.2 Un management de terrain par les cadres**

L'hôpital est cependant le cadre d'une gestion de proximité déjà bien rôdée. Les cadres des services pratiquent une gestion quotidienne des plannings et des congés. Cet élément a son importance car il détermine la continuité des soins.

Des éléments de carrière sont également gérés au niveau des services. Ainsi, l'évaluation et les besoins en formation sont-ils de la compétence des cadres.

Enfin, les conditions de travail font également partie des prérogatives des cadres dans les services, sous l'angle de la formation, des moyens matériels et des relations de travail. Cet aspect des ressources humaines est d'ailleurs inscrit dans les thèmes abordés en conseils de service ou réunions d'expression collective. Dans les services de soins, le management de terrain passe également par l'élaboration des projets de soins des services et le travail réalisé dans le cadre de recherche d'une amélioration continue de la qualité des soins.

Il faut tout de même préciser que cette gestion de proximité vaut surtout pour les services de soins et les services médico-techniques (laboratoires, services d'imagerie médicale). Leur qualification professionnelle, de même que leur contact permanent avec le patient pour la plupart de ces unités, renforcent et fondent leurs revendications en terme d'autonomie de gestion.

### **3.1.3 Les situations aux CHU de Nantes et de Poitiers**

A Nantes, la déconcentration a été lancée en 1998 sous la forme d'une expérimentation. C'est en 2000 qu'elle a été généralisée à l'ensemble des pôles du CHU. La gestion du personnel s'est inscrite dans cette dynamique. Les expériences de déconcentration par pôles ou autre forme de regroupements de services, restent encore marginales. Avec le CHRU de Lille, le Centre Hospitalier de la Côte Basque et l'Hôpital Européen Georges Pompidou, le CHU de Nantes fait figure d'exemple. Aujourd'hui, le CHU de Nantes entend renforcer la gestion de proximité dans le cadre des pôles. Il est difficile, au bout de quatre ans, de faire un bilan complet de cette réorganisation. Il semble que l'expérience soit plutôt positive en terme d'implication des soignants (médecins et non médecins) et de décloisonnement au sein des pôles entre les différents métiers. Le CHU de Nantes a

cependant pointé quelques écueils et points à améliorer. La simplification des procédures et la clarification du rôle du cadre administratif du pôle sont à envisager<sup>57</sup>.

Le CHU de Poitiers va mettre en place deux pôles expérimentaux à partir de janvier 2003. La réorganisation de l'hôpital en pôles d'activité sur le modèle nantais, est inscrite dans le projet d'établissement 2001 – 2005. Le CHU de Poitiers est aujourd'hui dans une phase de préparation. La réflexion sur les objectifs et les modalités de la déconcentration de gestion est en cours. L'hôpital est en train d'élaborer le guide méthodologique qui va servir de fondement aux relations à venir entre les pôles et l'établissement. Cette étape doit également permettre de clarifier les rôles de chacun des acteurs (le coordonnateur, le cadre supérieur assistant, le directeur référent, les instances du pôle, les directions fonctionnelles, la direction générale et les instances de l'établissement). Elle doit déboucher sur une formation de sensibilisation à la déconcentration à l'adresse des coordonnateurs et des cadres supérieurs des pôles expérimentaux et de l'équipe de direction. Le CHU de Poitiers est un établissement qui concentre l'essentiel de ses activités sur un site géographique comprenant peu de zones pavillonnaires. Le deuxième site concentre une grande partie des activités gériatriques.

Il faut noter que dans cet hôpital, il existe une gestion très centralisée des plannings et des demandes de formations dans le cadre de commissions issues des Instances représentatives du personnel non médical. Ce fonctionnement est très particulier car la plupart des établissements de santé ont abandonné la gestion courante de ces domaines aux services. En dehors de ces aspects, les services de Poitiers sont très impliqués dans de nombreuses démarches projet telles que la qualité des soins, l'accréditation ou les groupes de travail institutionnels.

Le CHU de Nantes est quant à lui éclaté sur plusieurs sites qui ont leurs propres bureaux de personnel. Cet établissement se caractérisait auparavant par une gestion très centralisée mais également par une diversité des situations selon les sites et les services.

---

<sup>57</sup> Voir à ce sujet : Guérin J.P., Hérouy Y. (Mai 2002), **l'expérience de contractualisation interne au CHU de Nantes**, Gestion Hospitalière n° 416 (pages 329 à 333)



## **3.2 DES MODALITES DE FONCTIONNEMENT A REINVENTER**

La réflexion menée par le CHU de Poitiers dans la phase préparatoire, de même que la faible marge de manœuvre a priori offerte par le statut de la Fonction Publique, laissent penser qu'en matière de GRH, le fonctionnement déconcentré est à inventer.

### **3.2.1 Tout n'est pas déconcentrable : l'importance du cadre juridique et des contours historiques**

D'emblée, certains aspects de la gestion des ressources humaines semblent exclus de la déconcentration. Toutes les décisions restant du seul ressort de l'autorité détentrice du pouvoir de nomination (nomination, stagiairisation, notation, discipline), restent centralisées. Mais plutôt que d'une remise en cause de la déconcentration de gestion, il s'agit en fait d'une application du principe de subsidiarité qui veut que la décision soit prise au niveau le plus cohérent.

Par ailleurs, des contraintes telles que la gestion budgétaire d'un établissement public, le cadre des créations de postes ou les textes conditionnant le maintien de certaines activités à l'affectation de moyens humains spécifiques, posent un certain nombre de limites qui s'imposent à tous les acteurs et dessinent les frontières de la gestion déconcentrée.

En revanche, des aspects de la gestion des ressources humaines paraissent a priori plus facilement déconcentrables. Les différentes personnes interrogées citent d'emblée la gestion des formations et des remplacements<sup>58</sup>. Mais même en la matière, les modalités de fonctionnement et notamment la marge de liberté laissée aux pôles, ne fait pas l'unanimité<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> Entretiens réalisés aux CHU de Poitiers et de Nantes ; observation dans le cadre d'une participation aux travaux préparatoires de la mise en place de la gestion déconcentrée au CHU de Poitiers (groupe de travail et réunions de travail avec l'équipe de direction autour du guide méthodologique de la gestion déconcentrée)

<sup>59</sup> A Poitiers, les réunions de travail avec l'équipe de direction sur la base des propositions du groupe de travail préparatoire ont donné lieu à des échanges nourris et à des confrontations d'arguments qui ont permis de repousser certaines limites et d'imaginer des fonctionnements plus audacieux, chacun des directeurs restant cependant dans l'attente des résultats de l'expérimentation à venir de cette nouvelle gestion.

Jusqu'où déconcentrer la gestion de la formation ? S'agit-il de déconcentrer la seule élaboration du plan de formation ou de confier également aux pôles la décision ultime qui permettra ou non à un agent de suivre une formation ? De même, pour les recrutements, faut-il mieux associer les pôles ou leur laisser une plus grande liberté de choix ? Enfin, dans le cadre d'une gestion déconcentrée du tableau des emplois, quelle marge reste-t-il à l'établissement si la décision de geler ou non des postes ou de différer des recrutements pour réaliser des économies est partagée avec les pôles ?

D'un autre côté, les contours historiques de la gestion d'un établissement de santé entrent également en ligne de compte dans la construction d'une gestion de proximité. Ainsi, l'examen des plannings des personnels et des décisions relatives à la formation par les organisations syndicales<sup>60</sup>, va être difficile à remettre en cause au CHU de Poitiers. Les représentants du personnel le considère en effet comme une prérogative dont il ne se départiront pas sans protester.

Dans tous les cas, la perspective d'une délégation paraît bien souvent insurmontable. Entre le statut qu'on brandit ou le manque de moyens qu'on invoque, tout est bon pour signaler les difficultés d'un tel bouleversement<sup>61</sup>.

### **3.2.2 Les tiraillements de la déconcentration de la GRH, entre besoins de proximité et volonté de maintien d'une cohérence globale**

A l'hôpital, la gestion des moyens humains a d'autant plus d'importance que le personnel représente une plus value indispensable, notamment dans les services de soins. Une gestion plus proche du terrain correspond à une attente réelle des services. Dans les

---

<sup>60</sup> Au CHU de Poitiers, les plannings et les demandes de formations sont examinés par une commission de formation composée de représentants du personnel non médical issus du CHSCT et de représentants de la DPRSCT et de la DSSI.

<sup>61</sup> Au CHU de Poitiers, les réflexions menées sur le guide méthodologique ont ainsi fait ressortir chez certains cadres comme au sein de l'équipe de direction, bon nombre d'inquiétudes. Les cadres craignent de ne pouvoir s'en sortir sans aide et moyens supplémentaires et certains directeurs restent septiques quant à l'efficacité à terme, de certaines procédures.

établissements de grande taille tels que les CHU, la gestion centralisée favorise ceux qui font entendre leur voix, « *ceux qui crient le plus fort* »<sup>62</sup>, car il est impossible qu'une direction centrale du personnel ait prise sur la totalité et la diversité des situations de l'établissement. Une gestion des remplacements en cohérence avec les flux d'activité semble par exemple correspondre aux avantages attendus d'une gestion déconcentrée.

Mais si le besoin de proximité se fait sentir dans la gestion des remplacements, des formations, des relations sociales ou de l'évaluation, l'hôpital reste une entité juridique qui doit maintenir une cohérence d'ensemble. Cela reste une inquiétude ou une frontière indépassable très souvent évoquée par les différents acteurs interrogés et particulièrement chez les directeurs<sup>63</sup>. La question se pose par exemple à propos des affectations. Faut-il envisager de poser des règles pour la mobilité des agents entre les pôles pour éviter leur « *fermeture* » aux autres<sup>64</sup>? Pour les affectations sur postes aménagés ou pour raisons médicales, des règles de gestion centrale des affectations doivent par contre clairement être posées<sup>65</sup>. Entre cohérence statutaire, politique, budgétaire et gestion de terrain, l'hôpital doit en effet trouver un équilibre.

### **3.3 UNE DECONCENTRATION PLUS AVANCEE QU'IL N'Y PARAIT**

L'hôpital public a déjà un fonctionnement de terrain qui donne aux services – et donc aux futurs pôles – une grande marge d'autonomie dans la gestion du personnel.

---

<sup>62</sup> Entretien du 28 juin 2002 avec un médecin directeur de pôle au CHU de Nantes

<sup>63</sup> Toutes les discussions avec les directeurs de Nantes et de Poitiers font d'emblée ressortir cet impératif de cohérence globale. Les plus convaincus pensent même qu'il s'agit de la pierre angulaire du futur profil des directeurs d'hôpital dans le cadre d'une gestion déconcentrée. Les aspects techniques et statutaires de la GRH et la souplesse d'une gestion de proximité se prêtent ainsi à cette nécessaire articulation entre stratégie ou cohérence d'ensemble et gestion de terrain.

<sup>64</sup> Entretien du 7 mai 2002 avec un directeur adjoint au CHU de Nantes.

<sup>65</sup> Le CHU de Poitiers a envisagé d'intégrer ce cas de figure au guide méthodologique de la gestion déconcentrée. Au CHU de Nantes, quelques postes sont réservés dans les pôles pour les reclassements.

### 3.3.1 Une GRH déjà acquise au management participatif et de projet

Dans le cadre des services et particulièrement des services de soins, le management de projet est très répandu. Depuis la réforme hospitalière de 1991, les établissements publics de santé élaborent un projet d'établissement qui se construit autour du projet médical et s'enrichit des projets de services. Ces derniers donnent lieu à une réflexion dans le cadre des conseils de service, instances composées de représentants médicaux et non médicaux du personnel du service. Et si le succès de ces réunions d'expression collective est inégal<sup>66</sup>, la logique de projet de service permet d'offrir aux personnels l'occasion d'une plus grande implication dans la vie de l'établissement et donne aux cadres la base d'un management participatif.

De la même façon, la logique plus récente de l'accréditation qui oblige les hôpitaux à s'auto évaluer avant le passage des experts visiteurs de l'ANAES<sup>67</sup>, est l'occasion d'un management de terrain. Le CHU de Poitiers qui vient d'être accrédité, a ainsi lancé un énorme travail de réflexion et d'évaluation impliquant l'ensemble des personnels dans le cadre de groupes de travail. Dans cet établissement, le groupe de travail réunissant des personnes représentatives de l'hôpital en fonction du sujet traité, est d'ailleurs une logique de fonctionnement en soi, parfois critiquée par les organisations syndicales. Celles ci ne sont pas systématiquement associées à ces groupes et ont alors le sentiment d'avoir été dessaisies de leurs prérogatives de représentation. Cette logique du groupe de travail est d'ailleurs celle qui a été retenue pour la mise en place de la déconcentration de gestion par pôles.

---

<sup>66</sup> Le succès des conseils de service reste aléatoire et dépend bien souvent de l'implication du chef de service et du cadre supérieur. Cela s'observe autant au CHU de Poitiers que dans d'autres hôpitaux. Des enquêtes menées à ce sujet à l'hôpital Necker – Enfants malades (AP-HP) en 1997, 1998 et 1999, l'ont confirmé.

<sup>67</sup> Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé

### 3.3.2 Des cadres soignants « ressources » déjà formés et entraînés à la gestion de proximité

La gestion actuelle des services de soins et médico-techniques offre en outre un terrain propice à une gestion déconcentrée du personnel. En effet, hormis le cas particulier du CHU de Poitiers, la gestion des plannings et des congés est déjà déléguée aux cadres des services. Ces derniers bénéficient d'ailleurs d'une formation au management qui en fait les piliers naturels de toute gestion de proximité des ressources humaines.

Au CHU de Nantes, les cadres sont les principaux acteurs de la gestion déconcentrée. Ils sont assistés de cadres administratifs pour le suivi budgétaire et certains aspects techniques de la gestion. Cette place faite aux cadres dans la gestion de proximité, surtout aux côtés de médecins très peu au fait des contraintes de cette gestion et parfois enclins à considérer les personnels et les cadres comme leurs obligés<sup>68</sup>, suscite d'ailleurs de vives inquiétudes chez les cadres soignants. Ces derniers craignent de devoir supporter seuls la charge de la gestion déconcentrée<sup>69</sup>.

En la matière, ce qui ressort d'ailleurs le plus clairement des entretiens et des observations, surtout à Poitiers où l'expérimentation ne débute qu'en janvier 2003, c'est l'inquiétude des acteurs face à ce qui est parfois présenté comme une « *révolution culturelle* »<sup>70</sup>.

---

<sup>68</sup> Observation faite à l'hôpital Necker-Enfants malades et au CHU de Poitiers où un médecin a ainsi affirmé regretter le temps où les cadres supérieurs étaient « *inféodés* » au chef de service et n'étaient pas, comme aujourd'hui avec la DSSI, à la fois le collaborateur du chef de service et le porte parole de la direction.

<sup>69</sup> Observation faite au CHU de Poitiers dans le cadre de réunions, de rencontres et de discussions informelles.

<sup>70</sup> C'est en ces termes que le Directeur Général du CHU de Poitiers désigne le bouleversement que représente le passage d'une gestion centralisée à une gestion partagée.

## 4 - TROISIEME PARTIE –LES OBSTACLES A LA MISE EN ŒUVRE DE LA GESTION DE PROXIMITE DES RESSOURCES HUMAINES

Malgré les attentes du terrain et le travail de préparation précédant la mise en œuvre, la gestion déconcentrée se heurte à un certain nombre d'obstacles, qu'il s'agisse de craintes, de replis ou de vieux réflexes propres à la gestion centralisée.

### 4.1 UNE DECONCENTRATION FREINEE PAR L'INQUIETUDE DES ACTEURS

« *La déconcentration est condamnée à naître dans la douleur* »<sup>71</sup>. La résistance ou plutôt la « *réticence de tous ceux qui sont attachés à leurs prérogatives actuelles* »<sup>72</sup> est certainement, de tous les obstacles, le plus difficile à lever.

#### 4.1.1 Des directeurs et des médecins déstabilisés

A Nantes comme à Poitiers, le pôle récipiendaire de la délégation de gestion fonctionne avec à sa tête, un médecin désigné par ses pairs et assisté d'un cadre supérieur. Le conseil de pôle composé de membres du personnel médical et non médical est l'instance de réflexion à l'échelle du pôle. Enfin, chaque pôle se voit rattacher un directeur ayant un rôle d'appui et de conseil.

Le rôle du directeur référent ou de rattachement<sup>73</sup> est celui qui suscite le plus d'inquiétudes. A Nantes, le rôle de ce directeur ne fait pas l'unanimité. Tous les directeurs n'accordent pas la même valeur à cette fonction. Les plus convaincus tentent de construire une nouvelle

---

<sup>71</sup> Entretien du 12 mai 2002 avec un membre de l'équipe de direction du CHU de Poitiers.

<sup>72</sup> Ibidem

<sup>73</sup> Au CHU de Nantes, le médecin est directeur de pôle, fonction incompatible avec une chefferie de service ; il est assisté d'un cadre supérieur soignant et bénéficie de l'appui d'un directeur de rattachement. Au CHU de Poitiers, le médecin est coordonnateur de pôle ; il est assisté d'un cadre supérieur assistant ; un directeur référent est également rattaché au pôle.

fonction d'interface entre la direction et les pôles mais sont bien conscients de ne pas faire l'unanimité au sein de leur propre corps. Cette fonction est en effet considérée par certains comme dévalorisante et limitée à la gestion des problèmes insolubles. Ils craignent ainsi de devenir les « *pompiers de service* »<sup>74</sup>. Il semble d'ailleurs que le rôle et le positionnement de ces directeurs ne soient pas clairs pour tous les acteurs de l'hôpital.

Au CHU de Poitiers où la gestion de proximité n'est pas encore lancée, les questions restent nombreuses et le rôle futur du directeur référent évolue au fil des réunions de travail sur le guide méthodologique. Pour les directeurs, il s'agit d'un réel apprentissage car ils vont devoir abandonner les réflexes de la gestion quotidienne pour se transformer en « *tour de contrôle* »<sup>75</sup>. Le cumul des positionnements – les directeurs de rattachement vont conserver une direction normative et devoir investir une direction opérationnelle – va être difficile. Pourquoi ne pas « *spécialiser deux ou trois directeurs comme référents* » ? Pourquoi ne pas confier ces fonctions à des attachés d'administration hospitalière ?<sup>76</sup> Cette fonction nouvelle est à l'évidence appelée à évoluer car elle n'est pas perçue de la même façon par tous, directeurs d'hôpital comme médecins coordonnateurs ou directeurs de pôles.

La plus grande difficulté pour les directeurs du CHU de Poitiers reste cependant d'admettre l'un des pendants de la délégation de gestion, à savoir, le droit à l'erreur laissé aux pôles. Pour la gestion du personnel, la Direction du Personnel et la DSSI vont devoir se réorganiser pour faire face au nouveau fonctionnement. Ces deux directions doivent devenir de véritables « *services prestataires* »<sup>77</sup> des pôles. La gestion de proximité, tout en augmentant les marges de manœuvre et de choix des pôles, va renforcer le travail de suivi et de contrôle de ces directions à qui les pôles vont demander une réactivité encore plus grande. Leur crainte est donc de voir leur charge de travail alourdie. Elles craignent également d'avoir quelques difficultés à maintenir une cohérence globale dans la gestion du personnel et de devoir toujours gérer les situations difficiles.

---

<sup>74</sup> Entretien du 28 juin 2002 avec un directeur de rattachement au CHU de Nantes.

<sup>75</sup> Entretien du 12 mai 2002 avec un membre de l'équipe de direction du CHU de Poitiers.

<sup>76</sup> Entretien du 12 mai 2002 avec un membre de l'équipe de direction du CHU de Poitiers.

<sup>77</sup> L'objectif est de faciliter la vie des pôles en imaginant un fonctionnement qui transforme la DPRSCT et la DSSI en prestataires avec des procédures simplifiées qui ne font plus apparaître les modalités de fonctionnement de ces directions mais se limitent à exposer comment un pôle peut obtenir ou non une prestation.

La gestion déconcentrée déstabilise également les médecins qui refusent d'être transformés en gestionnaires. En fait, entre les revendications des uns et la méfiance des autres, il est difficile de dégager une communauté de réflexion vis à vis de la déconcentration de gestion chez les médecins. Il est évident par contre, que cette modalité de gestion sème le trouble dans la communauté médicale où elle est diversement attendue ou appréciée<sup>78</sup>. En outre, la gestion du personnel non médical n'est souvent pas une revendication systématique des médecins qui, en grande majorité, en abandonnent volontiers les rênes au cadre supérieur. Il s'agit d'une « *gestion courante qui ne valorise pas le métier de médecin* »<sup>79</sup>. En réalité, de la même façon que les directeurs d'hôpital, les médecins et plus particulièrement les chefs de service, vont devoir faire l'apprentissage de nouvelles fonctions dans le cadre d'une gestion partagée.

#### **4.1.2 Des agents en perte de repères : la crainte de la flexibilité**

La gestion déconcentrée suscite également des inquiétudes chez bon nombre d'agents. A Nantes, un bilan a été fait à l'occasion de l'élaboration du nouveau projet d'établissement et de son projet social<sup>80</sup>. Pour les personnels du CHU de Nantes, la gestion de proximité, si elle est globalement appréciée, est cependant associée à un fonctionnement compliqué. Les agents ont le sentiment que des échelons supplémentaires de gestion sont venus s'ajouter aux procédures antérieures. Le projet social de Nantes tient d'ailleurs compte de ce bilan et envisage de supprimer certains échelons pour améliorer le processus décisionnel<sup>81</sup>.

---

<sup>78</sup> Cela est vrai à Nantes où certains médecins refusent de jouer le jeu (entretien du 28 juin 2002 avec un médecin directeur de pôle) mais aussi à Poitiers où la vision de la déconcentration peut aller du désintérêt au fantasme (observation – réunions et rencontres avec des futurs coordonnateurs de pôles).

<sup>79</sup> Entretien du 28 juin 2002 avec un médecin directeur de pôle au CHU de Nantes.

<sup>80</sup> Bilan du projet d'établissement 1999-2003 du CHU de Nantes – lettre d'information aux personnels

<sup>81</sup> Le CHU de Nantes envisage de supprimer les bureaux de personnel des sites qui fonctionnent en doublon avec la direction du personnel, elle-même présente sur le site – Refonte du projet social 2000- 2002 du CHU de Nantes.



A Poitiers comme dans tout hôpital où la déconcentration est en projet, c'est le doute qui l'emporte. Les organisations syndicales notamment, craignent de voir s'installer une gestion flexible qui aille à l'encontre de l'égalité de traitement entre les agents et détériore les conditions de travail. Le statut est alors brandi comme une protection<sup>82</sup>. En outre, la méfiance à l'égard des cadres soupçonnés de gérer les ressources humaines sans objectivité, ressort également à cette occasion, de même que la peur de voir les médecins gérer le personnel non médical<sup>83</sup>. La gestion centralisée continue de rassurer car elle cible et limite le nombre d'interlocuteurs.

#### **4.1.3 La crainte des cadres d'avoir à supporter le poids de la gestion de proximité**

Le cadre soignant est certainement celui qui a le plus à gagner d'une décision plus proche du terrain<sup>84</sup>. Un cadre supérieur soignant du CHU de Nantes affirme d'ailleurs que ce nouveau fonctionnement a accru son pouvoir et ses marges de manœuvre. Il estime d'ailleurs qu'un cadre ne peut se lancer à la tête d'un pôle sans avoir certaines compétences telle que la faculté de suivre la gestion du pôle, de le projeter dans l'avenir, de voir les priorités<sup>85</sup>. Chacun s'accorde à penser que la déconcentration va largement reposer sur les cadres soignants mais certains ajoutent qu'« *il faut savoir si on veut déconcentrer ou pas* » car les cadres vont en fait avoir une nouvelle occasion de valoriser leurs fonctions<sup>86</sup>. On ne peut revendiquer la déconcentration et rejeter ensuite les responsabilités qu'elle implique. Le Directeur Général du CHU de Poitiers préfère d'ailleurs parler de « *transfert de responsabilités* » plutôt que de transferts de charges.

---

<sup>82</sup> Exemple de l'avancement : une gestion à l'ancienneté est revendiquée par de nombreuses organisations syndicales car elle permet d'offrir à tout agent l'assurance d'un avancement de carrière, quelle que soit la motivation ou l'implication.

<sup>83</sup> Observation à l'AP-HP – Réflexions des organisations syndicales relatives au découpage du futur Hôpital Européen Georges Pompidou en pôles d'activité – 1995 à 2000.

<sup>84</sup> Entretien du 12 mai 2002 avec un membre de l'équipe de direction du CHU de Poitiers.

<sup>85</sup> Entretien du 17 juillet 2002 avec un cadre supérieur soignant de pôle au CHU de Nantes.

<sup>86</sup> Entretien du 27 juin 2002 avec un membre de l'équipe de direction du CHU de Poitiers.

A Poitiers, la crainte des cadres est de se voir confier les rênes des pôles<sup>87</sup>. Certes une telle situation est valorisante mais les responsabilités sont grandes. Cette crainte rejoint en fait un malaise récurrent des cadres qui, depuis quelques années, ont le sentiment de voir se multiplier leurs responsabilités. Beaucoup de cadres soignants revendiquent l'aide d'un cadre administratif qui serait affecté ou rattaché au pôle pour gérer les aspects techniques (financiers, suivi, statut). A Nantes, des cadres administratifs ont été rattachés à un ou plusieurs pôles. A Poitiers, les modalités restent floues. Le rattachement d'un cadre administratif n'est pas à l'ordre du jour. L'idée, à terme, est plutôt d'imaginer des « *guichets uniques* » regroupant les tâches de plusieurs secteurs administratifs ainsi rapprochés du terrain et donc des futurs pôles<sup>88</sup>.

## **4.2 UNE DECONCENTRATION FREINEE PAR LA PERSISTANCE D'UN CLOISONNEMENT IDENTITAIRE**

La gestion déconcentrée ne résout a priori pas certains travers de l'organisation hospitalière. La disparition des cloisonnements statutaires et « *territoriaux* » n'est pas encore à l'ordre du jour. Et le patient qui devait être le grand gagnant de cette organisation nouvelle, est à nouveau écarté des débats au profit des vieux réflexes identitaires.

### **4.2.1 L'intérêt des médecins pour la gestion du personnel non médical : entre indifférence et méconnaissance**

Dans les établissements publics de santé, personnels médicaux et non médicaux sont soumis à des statuts et à des modes de gestion différents. Les premiers sont contractuels ou agents publics non fonctionnaires et ne sont pas soumis à l'autorité hiérarchique du directeur. Les seconds sont contractuels ou fonctionnaires hospitaliers soumis à l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement. Entre médecins et non médecins, il existe une hiérarchie fonctionnelle liée aux compétences de chacun. Il ne s'agit pas d'une relation

---

<sup>87</sup> Observation au CHU de Poitiers. En fait, la méconnaissance de l'étendue et des modalités à venir de la gestion déconcentrée accroît ce sentiment. « A quelle sauce allons-nous être mangés ? » Pour beaucoup, la question se pose sous cette forme.

<sup>88</sup> Observation au CHU de Poitiers – réunions de travail relatives à la gestion de proximité.

hiérarchique. Dans les services classiques, la gestion du personnel non médical est donc confiée aux cadres. Les médecins, même chefs de service, se désintéressent souvent de cette gestion. Bien sûr ils sont soucieux de voir leurs unités dotées d'un bon effectif en quantité et en qualité. Mais les aspects plus techniques de cette gestion (notation, formation, avancement, congés, plannings, affectation et mobilité) restent l'apanage du cadre.

Il semble que la gestion de proximité ne bouleverse pas cet état de fait. D'une part, on ne change pas les structures ; on regroupe les services en pôles et on prévoit un fonctionnement déconcentré. Le dialogue entre les différents métiers se heurte à la résistance de tous. Chacun a le sentiment d'abandonner une partie de son territoire ou de ses prérogatives<sup>89</sup>. D'autre part, on conserve des statuts et des modes de gestion différenciés qui accentuent la méconnaissance mutuelle de ces deux grandes catégories de personnels. Les cadres imaginent d'ailleurs difficilement une autre gestion des ressources humaines en collaboration avec les médecins<sup>90</sup>. Les médecins revendiqueraient peut-être plus d'autonomie et de marge de manœuvre pour le recrutement des personnels de remplacement, l'opportunité de gels de poste ou les départs en formation<sup>91</sup>. Mais la gestion quotidienne restera toujours du ressort des cadres.

Au CHU de Nantes, les vieux réflexes restent présents, de même que le désintérêt de certains médecins pour la gestion des ressources humaines et la gestion hospitalière en général ; ces derniers estiment que cela n'entre pas dans leurs compétences. La gestion de proximité a cependant permis d'amorcer une évolution positive en obligeant ces différents métiers (médecins, soignants et administratifs) à travailler ensemble dans les pôles. Avant, comme s'en amuse un médecin directeur de pôle du CHU de Nantes, « *chacun était satellisé sur son orbite et ils se rencontraient à chaque éclipse de lune* »<sup>92</sup>. Ce directeur de pôle a remarqué un investissement plus grand des différentes catégories de personnels, les soignants en particulier, notamment dans le cadre du conseil du pôle. C'est ce qu'a

---

<sup>89</sup> Entretien du 12 mai 2002 avec un membre de l'équipe de direction du CHU de Poitiers et entretien du 28 juin 2002 avec un médecin directeur de pôle au CHU de Nantes.

<sup>90</sup> Observation au CHU de Poitiers – Réunions et rencontres avec des cadres supérieurs.

<sup>91</sup> Observation au CHU de Poitiers – Réunions et rencontres avec des cadres supérieurs et futurs coordonnateurs de pôles.

<sup>92</sup> Entretien du 28 juin 2002 avec un médecin directeur de pôle au CHU de Nantes.

également fait remarquer un cadre supérieur de pôle au CHU de Nantes, à propos des médecins<sup>93</sup>. Mais même en atténuant les dérapages du cloisonnement identitaire, reste le danger de la balkanisation.

#### 4.2.2 La reconstitution de territoires et de hiérarchies dans le cadre des pôles

Afin d'offrir un cadre plus efficient à la gestion de proximité, les services ont été regroupés en pôles. Mais en imaginant que le pôle réussisse à faire travailler ensemble les médecins et non médecins, deux risques subsistent : la constitution du pôle en véritable « *bunker* »<sup>94</sup> replié sur lui-même et la naissance d'un cloisonnement entre le pôle et les services qui le constituent. Le pôle peut avoir un « *effet cloisonnant* »<sup>95</sup> car il est plutôt perçu comme centralisateur dès lors qu'il ajoute un échelon entre les services et la direction de l'établissement. Les marges de manœuvre données au pôle peuvent le conforter dans un repli ou un fonctionnement en autonomie vis à vis de l'établissement dont il relève. C'est là que le suivi du contrat d'objectifs et de moyens prend aussi son importance car il permet de rappeler au pôle son implication dans la stratégie globale de l'hôpital. Certains remarquent qu'une « *culture de pôle* »<sup>96</sup>, un fonctionnement propre à cette nouvelle entité, se crée. Du même coup, ces derniers ont tendance à se fermer, à faire jouer la solidarité en interne. Un cadre supérieur du CHU de Nantes remarque ainsi qu' « *on ne prête plus d'agents entre pôles au niveau de l'établissement* »<sup>97</sup>, comme cela se faisait auparavant. Elle pense que des rencontres régulières entre la direction et les médecins seraient nécessaires (en dehors de la CME), comme cela se fait avec les cadres des pôles. Elle pointe également les défauts du suivi des moyens de chaque pôle qui reste méconnu des autres pôles. Il semble qu'une plus grande transparence des moyens associés aux objectifs favoriserait la solidarité ou du moins la responsabilisation de chacun, à condition que les pôles ne retombent pas dans une

---

<sup>93</sup> Entretien du 17 juillet 2002 avec un cadre supérieur de pôle au CHU de Nantes.

<sup>94</sup> Terme utilisé à la fois par le médecin directeur de pôle et le cadre supérieur du CHU de Nantes.

<sup>95</sup> Entretien du 7 mai 2002 avec un directeur du personnel du CHU de Nantes.

<sup>96</sup> Ibidem.

<sup>97</sup> Entretien du 17 juillet 2002 avec un cadre supérieur de pôle au CHU de Nantes.

pure logique de demande de moyens qui conduirait à la surenchère. Une bonne gestion déconcentrée passe donc par une gestion efficace de la communication entre la direction et les pôles et entre les pôles eux-mêmes. Car le fossé existant entre les différentes « communautés » de l'hôpital (de corps, de grades, de services, de disciplines, de secteurs, etc...) favorise naturellement la balkanisation. Les directeurs doivent dès lors se transformer en « *tour de contrôle* »<sup>98</sup> et se concentrer sur un travail de supervision qui permette à l'hôpital de conserver une cohérence d'ensemble. « *Il faut créer la communauté des communautés* »<sup>99</sup> car la gestion déconcentrée doit aller de pair avec une solidarité d'établissement.

La gestion de proximité dans le cadre d'une organisation en pôles d'activité, introduit une autre difficulté. Le pôle regroupe des services qui ne disparaissent pas et restent le cadre traditionnel de l'organisation hospitalière. Le maintien des services peut d'ailleurs introduire une ambiguïté car il réduit la portée de la réorganisation. La mise en place des pôles avec un directeur ou un coordonnateur à leur tête et une mutualisation des moyens des services, heurte forcément le pouvoir des chefs de service. Ces derniers n'ont pourtant pas forcément la volonté d'être gestionnaires. Mais « *on touche là à soixante ans d'expérience et de prestige* », à une « *image en interne et un prestige social à l'extérieur* »<sup>100</sup>. Certains médecins regrettent déjà l'absence de reconnaissance officielle des fonctions de responsable de pôle à l'image de la chefferie de service. La naissance des pôles s'accompagne donc naturellement d'une bataille entre les deux structures car le pôle devient l'interlocuteur unique de la direction. Or, à moins de supprimer les services et les modes de nomination correspondants (qui donnent une assise réglementaire nationale aux chefs de service), il paraît difficile d'écarter les conflits d'autorité et de pouvoir au sein des pôles. De nombreux personnels médicaux sont en effet sous l'autorité voire la responsabilité d'un chef de service. Ce dernier conserve avec le service, un rempart réglementaire face au pôle. Le coordonnateur aura donc à gérer ces conflits internes dans le cadre de ses instances de gestion car le chef de service perd une bonne partie de ses prérogatives sans pour autant disparaître. Pour toute demande de personnel ou de création de poste par exemple, il ne s'adresse plus directement à la direction mais doit d'abord faire sa demande au médecin

---

<sup>98</sup> Entretien du 12 mai 2002 avec un membre de l'équipe de direction du CHU de Poitiers.

<sup>99</sup> Entretien du 27 juin avec un membre de l'équipe de direction du CHU de Poitiers.

<sup>100</sup> Entretien du 12 mai 2002 avec un membre de l'équipe de direction du CHU de Poitiers.

coordonnateur ou directeur de pôle. Le chef de service n'est plus maître à bord et les services vont être obligés de s'ouvrir aux autres unités du pôle. Il s'agit donc d'un apprentissage mais également d'un bouleversement puisque les services vont être amenés à sortir de leur territoire et à se soumettre à un fonctionnement plus flexible, plus en rapport avec les flux d'activité et les attentes des usagers. Mais il reste encore des « *donjons* » à faire tomber avant d'obtenir la fluidité de gestion souhaitée<sup>101</sup>.

#### **4.2.3 Un patient oublié dans la bataille ?**

La gestion déconcentrée par pôles doit favoriser une prise en charge plus efficace du patient. La réflexion porte cependant principalement sur les préoccupations des différents acteurs. A ce titre, la définition des contours de certains pôles est éloquente. Au CHU de Nantes, les frontières de certains pôles ont initialement fait l'objet de compromis pour tenir compte, par exemple, d'un historique de regroupements d'unités. On est donc loin de la logique de prise en charge. Mais pour un bon fonctionnement des pôles, on ne pouvait imaginer d'autre alternative et les contours évolueront certainement jusqu'à un découpage plus conforme à la logique initiale.

Il reste cependant évident que la mise en œuvre d'une déconcentration de la gestion par pôles bouleverse le fonctionnement et les repères traditionnels des personnels. Les usagers devront certainement attendre que la gestion de proximité soit digérée par les acteurs hospitaliers avant de pouvoir en retirer de réels bénéfices en terme de prise en charge.

### **4.3 UNE DECONCENTRATION MAL ACCOMPAGNEE ?**

Si la déconcentration est revendiquée et donne lieu à des constructions aussi rigoureuses que réfléchies, certains réflexes demeurent et des aspects importants de la GRH restent inadaptés, mal utilisés ou pervertis par les contradictions des acteurs.

---

<sup>101</sup> Observation – rencontre avec un directeur adjoint du CHU de Poitiers dans le cadre du travail sur le guide méthodologique de la déconcentration.

#### 4.3.1 La problématique des relations sociales et l'inadaptation des organisations syndicales

La cadre de la déconcentration de gestion reste encore hermétique aux relations sociales dans leur diversité. Pourtant, en permettant « *d'associer un maximum de monde (...) jusqu'aux niveaux les plus bas* », la gestion de proximité devrait a priori « *prévenir les conflits et améliorer les relations sociales (au sein d'un établissement) en identifiant les problèmes et les besoins à la source* »<sup>102</sup>. Mais la plupart des organisations syndicales restent hostiles à toute remise en cause de la gestion centralisée traditionnelle. Les débats qui précèdent ou accompagnent une politique de mise en œuvre de la déconcentration à l'hôpital montrent l'attachement de grands syndicats à l'unité qu'engendre une gestion centralisée<sup>103</sup>. Dans une organisation classique, l'interlocuteur – la direction – est unique et détient un pouvoir important à leurs yeux (il est ordonnateur des dépenses, il définit la stratégie de l'établissement et il est détenteur du pouvoir de nomination). Déconcentrer les relations sociales revient à replacer le conflit dans son contexte, au plus près du terrain. Cela revient à confronter la revendication sociale aux exigences et aux contraintes du terrain. Sur le terrain, face aux contraintes quotidiennes de l'activité d'une unité, les syndicats craignent de ne plus avoir prise. La DPRSCT du CHU de Nantes a ainsi remarqué que l'un des effets de la gestion de proximité avait été de déstabiliser les organisations syndicales. « *Le CHU a en effet voulu casser de vieilles habitudes centralisatrices en la matière. (...) Tout est fait pour que le rendez-vous avec le Directeur Général soit l'ultime recours* »<sup>104</sup>. Mais le recours à un interlocuteur central reste un réflexe fréquent. Pourtant, « *le CHU de Nantes a commencé à considérer le pôle comme le niveau prioritaire des relations sociales (...). En pratique, cela est souvent fait par le cadre soignant ou le directeur de rattachement qui est le lien entre les directions fonctionnelles et le pôle* »<sup>105</sup>. De ce fait, de nombreux conflits sont réglés à la source et les organisations syndicales se sentent, en quelque sorte, court-circuitées.

---

<sup>102</sup> Entretien du 7 mai 2002 avec un directeur du personnel au CHU de Nantes.

<sup>103</sup> Les débats qui ont précédé l'ouverture de l'HEGP à l'AP-HP de même que les réflexes centralisateurs que conservent les organisations syndicales dans le cadre d'établissements éclatés tels que l'AP-HP mais également le CHU de Nantes, vont dans ce sens.

<sup>104</sup> Entretien du 7 mai 2002 avec un directeur du personnel au CHU de Nantes.

<sup>105</sup> Ibidem.

N'est-ce pas d'ailleurs ce qu'elles craignaient dès 1991 lorsque les conseils de service ont été créés ? En effet, la démarche projet ou de type participatif « *intègre le dialogue social et doit même le favoriser* »<sup>106</sup>. Les syndicats sont alors concurrencés par ceux-là même qu'ils sont censés représenter. La problématique est la même pour la déconcentration de gestion qui doit intégrer et favoriser les relations sociales de terrain. En réalité, les syndicats semblent pâtir d'un défaut d'adaptation au principe de subsidiarité qui détermine deux niveaux de décision et donc de relations, opérationnel et stratégique. A la lumière de l'expérience nantaise mais aussi de l'AP-HP où les partenaires sociaux ont adapté leur organisation à la déconcentration par site géographique, on peut dire que dans le cadre d'une gestion de proximité, le devenir des organisations syndicales et leur crédibilité passent par une adaptation de leur fonctionnement à la structure dont ils relèvent. Mais cela est loin d'être évident car on remet ainsi en cause le fonctionnement actuel de la représentation du personnel dans le cadre d'instances centralisées (CTE et CHSCT).

#### **4.3.2 La problématique des moyens et du suivi**

Qu'il s'agisse de Nantes ou de Poitiers, la question des moyens est récurrente. La réflexion qui précède la déconcentration identifie les moyens comme des outils au service d'objectifs. La gestion de proximité consiste à déléguer des moyens correspondants aux objectifs négociés. L'un des objectifs généraux est d'ailleurs de quitter la logique d'attribution de moyens à laquelle l'hôpital est habitué. Mais la mise en œuvre n'est pas si simple car les acteurs attendent de la déconcentration une plus grande autonomie qu'ils associent souvent à des moyens mis à disposition. « *Toute coupe budgétaire est d'ailleurs perçue comme une trahison de la gestion de proximité* »<sup>107</sup>.

Les pôles attendent également des moyens en terme d'aide humaine ou technique pour accompagner la déconcentration. Il est inutile de rappeler l'importance de la préparation, de la communication et de la formation à l'occasion d'une telle réorganisation. La crainte de nombreux opérationnels tels que les cadres, est de manquer d'outils et de connaissances pour gérer au mieux ce qui leur sera confié. Ils craignent de ne pas avoir l'expertise d'un

---

<sup>106</sup> Ibidem.

<sup>107</sup> Ibidem.



administratif dans certains domaines, notamment dans le suivi des dépenses ou des consommations du pôle ou par exemple, concernant les critères de recrutement. Enfin, il est indispensable que le système d'information permette une gestion et un suivi simples et réalistes pour le pôle.

La gestion de proximité doit inverser la logique et mettre les moyens au service des objectifs négociés et non l'inverse. Les contrats internes d'objectifs et de moyens sont un outil idéal de démarche projet, de gestion par objectifs et de suivi. Ils ont également une vertu pédagogique puisqu'ils sont propres à chaque pôle et que leur suivi régulier permet de mettre en lumière l'implication du pôle dans la gestion qui lui a été confiée. Dans la gestion du personnel, le pôle négocie des moyens avec la Direction. Il doit ensuite se projeter dans l'avenir, faire des choix, argumenter et expliquer tout dépassement. La négociation est toujours possible, rien n'est figé. En revanche, cela ne signifie pas qu'on peut tout obtenir<sup>108</sup>. La contractualisation interne doit en effet permettre, à défaut de contrôle a priori sur les décisions prises par les pôles, de maintenir une cohérence globale au sein de l'établissement, en introduisant un mode de contrôle plus souple fondé sur le suivi et la responsabilisation. Ce mode relationnel permet de replacer le pôle dans un contexte d'établissement en liant ses objectifs et ses moyens à ceux de l'hôpital.

Mais en termes de moyens, certains aspects vont être difficiles à gérer et à expliquer. C'est le cas de l'intéressement collectif. Il a été envisagé en cas d'économie réalisée par un pôle au regard des objectifs négociés<sup>109</sup>. Sa mise en œuvre n'est cependant pas systématique car elle tient compte de l'établissement dans son ensemble et de ses marges budgétaires<sup>110</sup>. Certains pôles peuvent ainsi avoir le sentiment que leurs efforts servent à compenser les erreurs des autres pôles si les économies qu'ils ont réalisées ne servent qu'un équilibre budgétaire et ne donnent lieu à aucun retour<sup>111</sup>. C'est bien le problème de la gestion de

---

<sup>108</sup> Entretien du 28 juin 2002 avec un médecin directeur de pôle au CHU de Nantes.

<sup>109</sup> C'est le cas au CHU de Nantes et au CHU de Poitiers.

<sup>110</sup> Entretien du 28 juin 2002 avec un directeur de rattachement au CHU de Nantes.

<sup>111</sup> Au CHU de Nantes, une cadre supérieure de pôle – entretien du 17 juillet 2002 – cite ainsi l'exemple de son unité qui se voit refuser des remplacements alors qu'elle n'a pas consommé toutes ses mensualités, parce que d'autres pôles sont, eux, en dépassement.

proximité ; il s'agit d'un transfert de responsabilité, donc de charges, à moyens identiques. Or, certains associent volontiers autonomie de gestion et moyens supplémentaires.

#### **4.3.3 Les contradictions des acteurs entre autonomie et logique de moyens**

En réalité, les bénéficiaires de la délégation de gestion conservent la logique du « toujours plus ». Certains médecins voient ainsi dans la gestion déconcentrée, l'opportunité de gérer directement leur pôle avec des moyens délégués, une aide de la direction et des services administratifs. La disparition de ces secteurs de même que leur intégration à l'unité opérationnelle n'est pas évoquée par eux. Ils n'aspirent d'ailleurs pas à gérer le personnel dans sa totalité, ni même le budget. Certains proposent même que l'établissement se constitue, en plus des moyens délégués aux pôles, une enveloppe de sécurité qui vienne pallier les moments difficiles ou couvrir les besoins non prévus des pôles<sup>112</sup>.

Les pôles ont du mal à se départir de la logique de moyens. La déconcentration de gestion aura certainement à ce titre, une vertu pédagogique. En obligeant les pôles à chercher « *des ressources en interne avant d'aller demander ailleurs* », la gestion de proximité les pousse à quitter cette logique de surenchère. Ainsi, si des contradictions demeurent entre les revendications en terme d'autonomie et le maintien d'une logique d'attribution de moyens, une évolution sensible des habitudes est à noter. A titre d'exemple, en amont de l'expérimentation de la déconcentration, le CHU de Poitiers a mis en place une gestion d'équipes de remplacement par pôles. Il apparaît que, sans avoir bouleverser la logique du recours traditionnel à la demande de moyens supplémentaires, l'existence de ces pools de remplacements a poussé les services composant les pôles à chercher des solutions en leur sein, avant de se tourner vers la direction. En pointant cette difficulté qu'a l'hôpital à se débarrasser de cette logique de moyens, on touche à l'un des enjeux des nouvelles organisations hospitalières, le fonctionnement en réseau et la mutualisation de moyens.

---

<sup>112</sup> Entretien du 28 juin 2002 avec un médecin directeur de pôle au CHU de Nantes et observation au CHU de Poitiers.

## **5 - QUATRIEME PARTIE – ENJEUX ET DEVENIR DE LA DECONCENTRATION DES RESSOURCES HUMAINES A L'HOPITAL**

La déconcentration de la GRH est actuellement en construction à l'hôpital public. Les hésitations et les inquiétudes restent nombreuses. Un tel fonctionnement paraît cependant adapté aux contraintes et aux réflexions actuelles de l'hôpital public sur sa propre gestion.

### **5.1 UN ENJEU D'AVENIR POUR LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

La gestion de proximité ne répond-elle pas aux contraintes actuelles des établissements publics de santé soumis à un environnement de plus en plus complexe et à des usagers de plus en plus exigeants ?

#### **5.1.1 Une gestion adaptée à une organisation en perpétuelle évolution et de plus en plus tributaire de son environnement**

L'hôpital public fonctionne de plus en plus en situation de concurrence. La réforme de 1996 et la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation, a peu à peu gommé les différences entre établissements publics et privés. La nécessaire complémentarité public - privé est renforcée par le fait que l'ARH attribue les ressources aux établissements de la région, quel que soit leur statut. L'hôpital public doit prouver son efficience et faire preuve de souplesse et de réactivité. Il doit pouvoir adapter ses moyens, notamment humains, aux flux d'activité, aux contraintes politiques, techniques ou juridiques (ratios de personnels spécialisés dans certains secteurs d'activité par exemple). En ce sens, la déconcentration de gestion, particulièrement dans le domaine des ressources humaines, est un fonctionnement intéressant, susceptible d'apporter un peu de souplesse à une gestion très statutaire mais aussi soumise à fluctuations. Ainsi, la gestion des personnels par pôle, impliquant une plus grande mobilité au sein de la structure, est-elle la bienvenue pour pallier les pénuries récurrentes de personnels infirmiers, de même que les écarts d'absentéisme ou les attributions de congés tels que les repos donnés au titre de la réduction du temps de travail.

De plus en plus ouvert à son environnement, l'hôpital public doit aussi adopter un fonctionnement plus adaptable et moins figé. La logique des réseaux et le développement des structures alternatives à l'hospitalisation oblige l'hôpital à imaginer une organisation où la notion de territoire n'a plus sa place. La gestion de proximité va dans le sens des logiques de projet qui sous-tendent désormais les relations entre les établissements hospitaliers et ses partenaires. Peu à peu, c'est la vision hiérarchique qui disparaît au profit d'une logique de collaboration. Comme l'a fait remarquer un directeur de rattachement du CHU de Nantes, le médecin directeur de pôle n'existe pas juridiquement<sup>113</sup>. Il n'est pas non plus le tenant d'un pouvoir sur les biens et les personnels du pôle. Il n'est pas chef de pôle. Il s'agit pour lui d'un « *pouvoir de persuasion* »<sup>114</sup>. Au CHU de Poitiers, le choix du terme de « *coordonnateur* » et non de directeur de pôle est à ce titre, très révélateur.

### **5.1.2 Une gestion adaptée au développement du consumérisme**

Face à l'hôpital public, on trouve des usagers de plus en plus exigeants et de mieux en mieux informés. Les établissements publics de santé développent des logiques « *clientèle* » plus en lien avec les attentes de nombreux patients et de leur entourage. La législation offre une place grandissante aux droits des usagers et accroît les contraintes de fonctionnement. Une gestion centralisée éloignée du terrain ne répond plus aux exigences de patients en mal de prise en charge individualisée. Si la déconcentration de gestion n'est pas la solution miracle, elle offre en tous cas un cadre plus adapté, en rapprochant la prise de décision du terrain.

La gestion de proximité se pose également en remède à la sur-spécialisation des grands établissements hospitaliers. Elle permet d'envisager une globalisation de la prise en charge dans le cadre de pôles où les moyens sont mutualisés et donc plus adaptables à la demande ou aux besoins. Dans le domaine de la gestion du personnel, elle développe ainsi la polyvalence des personnels et permet d'envisager des affectations en lien avec l'activité des services. La déconcentration de la GRH va donc dans le sens d'une plus grande réactivité de l'hôpital public sans bouleverser ni contourner le statut de la Fonction Publique Hospitalière.

---

<sup>113</sup> Entretien du 28 juin 2002 avec un directeur de rattachement au CHU de Nantes.

<sup>114</sup> Ibidem

## **5.2 UN ENJEU MANAGERIAL POUR LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

La gestion déconcentrée ne serait-elle pas également le moyen pour l'hôpital public, de faire l'apprentissage de nouveaux modes de fonctionnement qui suscitent aujourd'hui craintes et méfiance ? Reste cependant à voir jusqu'où les établissements peuvent ou ont intérêt à aller.

### **5.2.1 L'apprentissage d'une nouvelle façon de penser l'hôpital et son fonctionnement : rôle pédagogique d'une nouvelle pratique**

Le partage de la gestion ne va pas de soi. La centralisation présente des aspects pratiques pour une majorité d'acteurs hospitaliers ainsi déresponsabilisés. La déconcentration permet de faire l'apprentissage de la rareté en obligeant les pôles à faire des choix, à établir des priorités. Elle implique également un partage des responsabilités et des contraintes autant que des choix. Or, l'apprentissage de la responsabilité n'est pas simple. En outre, la déconcentration de gestion multiplie les stratégies. Chaque pôle essaye dans un premier temps, d'être le plus efficace tout en glanant un maximum de moyens. A cet effet, l'expérimentation est de bon aloi car elle permet à la direction d'un établissement de s'attarder sur le suivi des contrats d'objectifs et de moyens passés avec les pôles et de proposer des mesures correctives. Tant que ce type de gestion n'aura pas été expérimenté, les craintes comme les questions ne seront pas écartées et l'hôpital ne sera pas prêt à abandonner son fonctionnement traditionnel. Le bouleversement n'interviendra peut-être pas dans les domaines ou secteurs attendus (gestion inflationniste des remplacements, mobilité des personnels réduite au pôle, perte de marges de manœuvre pour la DPRSCT dans la gestion des crédits de personnel...) mais il aura au moins pour mérite de faire trembler les assises de l'organisation hospitalière classique. On peut cependant se demander jusqu'où l'hôpital public a intérêt à s'aventurer sans prendre le risque de se renier.

### **5.2.2 La déconcentration de la GRH a-t-elle vocation à bousculer le Statut et les fonctionnements administratifs actuels ?**

A l'occasion de toute réforme ou de toute réflexion sur l'organisation et la gestion hospitalière, la question du Statut et de certains processus – notation, gestion prévisionnelle,

recrutement – est posée. Le statut de la Fonction Publique Hospitalière a-t-il vocation à disparaître ? Est-il le véritable obstacle ? Un assouplissement est certainement souhaitable, notamment des règles de recrutement des contractuels. Mais quel intérêt par exemple, aurait à terme un établissement, à recruter sans aucune référence obligée à un grade et donc à un indice ? Dans un contexte de pénurie de personnels spécialisés, ces derniers auraient la possibilité de jouer la surenchère salariale et l'hôpital n'y gagnerait pas forcément en qualité de gestion. En fait, la déconcentration de gestion s'accompagne inévitablement d'une gestion stratégique centralisée qui permet à l'établissement de conserver son unité et sa cohérence. Le statut de la Fonction Publique Hospitalière fait partie des cadres qui permettront à la gestion de proximité d'évoluer dans des limites raisonnables.

Ce sont certainement les évolutions de la gestion des ressources humaines (développement de la gestion prévisionnelle par exemple) et des autres domaines de gestion hospitalière, qui détermineront le rôle et le devenir de sa déconcentration et non l'inverse. Pour mémoire, on peut rappeler que l'hôpital vit au rythme des réformes de fond qui lui ont toujours donné une nouvelle direction sans jamais le déstabiliser. La marche, c'est un fait, est la conséquence d'un déséquilibre permanent. C'est peut-être ce qui caractérise la vitalité d'une organisation qui recherche constamment l'équilibre des forces. Le développement d'une gestion de terrain dans le domaine des ressources humaines n'est certainement qu'un des nombreux aspects que cette matière sera amené à faire évoluer au fil des besoins, des contraintes et des questionnements.

\*\*\*

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

- 1 – Verclytte S. (1997), **La déconcentration en France : Histoire et actualité**, La documentation française
- 2 – Caillosse J., Hardy J. (2000), **Droit et modernisation administrative**, La Documentation française (pages 75 à 88)
- 3 – Moquet – Anger M.L. (1998), **De l'hôpital à l'établissement public de santé**, Harmattan (chapitre XII)
- 4 – Citeau J.P. (2000), **Gestion des ressources humaines : principes généraux et cas pratiques**, Armand Colin (chapitres I et II)
- 5 – Vallemont S. (1991), **Moderniser l'administration : gestion stratégique et valorisation des ressources humaines**, Nathan
- 6 – Peretti J.M. (1996) **Tous DRH**, Les éditions d'organisation
- 7 – Lacheze - Pasquet P. (1997), **Management hospitalier pour le praticien**, Masson (pages 82 à 96)
- 8 – Ségade J. P. (2000), **La contractualisation à l'hôpital**, La Documentation française
- 9 – Abbad J. (2001), **Organisation et management hospitalier : mieux gérer les ressources humaines à l'hôpital**, Berger – Levrault

## Périodiques / Revues

- 1 – Blanc H., Balligand J.P., Salon S., Sillicani J.L., Beneton J.L., Vilchien D. (mars 1999), **Déconcentration et administration de proximité : vers une nouvelle approche de la déconcentration**, Cahiers de la fonction publique et de l'administration

- 2 – Hagenmuller J.B. (avril 1999), **Quelques exemples de gestion déconcentrée à l'étranger**, Gestions hospitalières (pages 241 à 255)
- 3 – Couty E., Budet J.M., Ségade J.P., Cauvin C., Crémadez M., Biron N., Penaud M., Castel P. (août / septembre 2001), **La contractualisation interne (dossier)**, Gestions hospitalières n° 167 (pages 585 à 612)
- 4 – Samson Y. (2001), **Contrats d'objectifs et de moyens, contrats internes : objets juridiques non identifiés**, Entreprise Santé – revue de l'AEAE de l'ENSP n° 31 (pages 15 à 17)
- 5 – Dossier (1999), **Contractualisation interne : les nouvelles structures**, Gestions hospitalières n° 389 (pages 605 à 618)
- 6 – Mourier A. (1999), **Du budget de service à la contractualisation interne : Candide et la lanterne magique**, Gestions hospitalières n° 389 ( pages 571 à 574)
- 7 – **Contractualisation : dix questions sur les contrats d'objectifs en interne**  
Réforme de l'hospitalisation – La Lettre – 1998 – n° 18 – pages 2 et 3
- 8 –Hardy J. (1997), **Contractualisation interne et délégation de signature**, Revue hospitalière de France n° 6 ( pages 844 à 847)
- 9 – Calmon M. (1997), **Contractualisation interne et délégation de gestion**, Revue hospitalière de France n° 6 ( pages 832 à 843)
- 10 – Bernardou A. (1998), **Contractualisation : le praticien, le directeur et le président : une éthologie de l'hôpital**, Revue hospitalière de France n° 5 ( pages 490 à 497)
- 11 – Guérin J.P., Héloiry Y. (Mai 2002), **L'expérience de contractualisation interne au CHU de Nantes**, Gestion Hospitalière n° 416 (pages 329 à 333)
- 12 – Derenne O., Hagenmuller J.B., Jancourt D. (octobre – novembre 1998), **La gestion partagée des ressources humaines**, Technologie Santé
- 13 – Lucas A. (1999), **Partager la GRH dans les établissements sanitaires et sociaux : les enjeux du partage** (compte rendu de colloque), Gestions hospitalières n° 383 (pages 84 et 85)



14 – Debrosse D. (1999), **Partager la GRH, partager le pouvoir** (compte rendu de colloque), Gestions hospitalières n° 383 ( pages 87 et 88)

15 – Vilchien D. (1999), **Partage de la GRH et modernisation de la gestion hospitalière**, Gestions hospitalières n° 383 ( pages 90 et 91)

## **Colloques / Travaux**

1 – DHOS – Ministère des Affaires Sociales (2002), **La contractualisation interne** (colloque organisé le 9 janvier 2002), extraits in Gestions Hospitalières n° 416 ( pages 311 à 371)

## **Mémoires / Thèses**

1 – You V. (1998), **La subsidiarité à l'hôpital ? Réflexions pour la mise en place de procédures de contractualisation interne au CH Guillaume Régnier**, Mémoire ENSP (EDH)

2 – Bras J.C. (1998), **L'organisation interne de l'hôpital en pôles à partir de l'expérience de contractualisation interne du CHU de Nantes**, Mémoire ENSP ( EDH)

3 – Plan E., **Les enjeux organisationnels et managériaux d'un projet de réorganisation interne en pôles par pathologies au CH de la Côte Basque**, Mémoire ENSP ( EDH)

4 – H. Gilardi (1999), **Contractualisation interne et outils de gestion au CHU de Rennes : enjeux techniques et stratégiques – Réflexions sur la pratique du changement à l'hôpital**, Mémoire ENSP ( EDH)

## **Textes officiels**

1 – **Loi n° 91 – 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière** – JO du 4 août 1991 – pages 10255 à 10268

**2 – Ordonnance n° 96 – 346 du 24 avril 1996 portant réforme de l’hospitalisation publique et privée**

JO du 25 avril 1996 – page 6298

**3 – Décret n° 97 – 374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d’hôpital**

JO du 20 avril 1997 – page 6004

**4 – Circulaire « Rocard » du 23 février 1989**

**5 – Circulaire DH / AF / AF 3 n° 97 – 304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé (texte non paru au JO)**

BO du ministère des Affaires Sociales et de l’Intégration – pages 117 à 124

---

## Liste des annexes

---

<b>ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN AVEC UN DIRECTEUR DE PÔLE AU CHU DE NANTES.....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN AVEC UN CADRE SUPÉRIEUR DE PÔLE AU CHU DE NANTES.....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN AVEC UN DIRECTEUR DE RATTACHEMENT AU CHU DE NANTES.....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN AVEC UN DIRECTEUR ADJOINT DU CHU DE POITIERS.....</b>	<b>66</b>
<b>ANNEXE 5 : GRILLE D'ENTRETIEN AVEC UN DIRECTEUR ADJOINT DU CHU DE POITIERS.....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXE 6 : GRILLE D'ENTRETIEN AVEC UN DIRECTEUR DU PERSONNEL AU CHU DE NANTES.....</b>	<b>68</b>
<b>ANNEXE 7 : EXTRAIT DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DU CHU DE POITIERS – DOCUMENT DE TRAVAIL - <b>NON PUBLIÉE</b> -</b>	

# **Annexe 1 : grille d'entretien avec un directeur de pôle au CHU de Nantes**

***Objectif : faire le bilan de la déconcentration par pôle au CHU de Nantes avec un responsable de pôle***

1 – En tant que directeur de pôle et après quelques années d'expérience, aujourd'hui, diriez-vous que votre statut de médecin a changé ?

2 – Etes-vous devenu un gestionnaire ? Etes-vous devenu un directeur ?

3 – Que vous a apporté la gestion de proximité ? Quels avantages ? Quelles lourdeurs supplémentaires ?

4 – Etes-vous impliqué dans la gestion du personnel non médical ?

5 – La gestion de proximité a-t-elle permis d'améliorer la gestion et l'organisation du personnel ? Notamment les remplacements, les plannings, le recrutements...

6 – Les relations entre soignants, médecins et administratifs ont-elles été améliorées ?

6 - Le pôle a-t-il fait oublier le service ? Est-ce la structure de déconcentration idéale ?

7 – Quelles sont les limites de ce type de gestion ?

8 – Que manque-t-il à la gestion de proximité et au directeur de pôle pour que ce nouveau mode de management soit parfait ? Jusqu'où aller ?

## **Annexe 2 : grille d'entretien avec un cadre supérieur de pôle au CHU de Nantes**

***Objectif : faire le bilan de la déconcentration par pôle au CHU de Nantes avec un cadre soignant de pôle***

1– Que vous a apporté la gestion de proximité ? Quels avantages ? Quelles lourdeurs supplémentaires ?

2 – Comment êtes- vous impliquée dans la gestion du personnel non médical ? Le gérez-vous seule ?

3 – Quelle a été l'aide administrative offerte aux pôles pour la gestion du personnel ? (personnels détachés, interlocuteurs, simplification des procédures ?)

4 – La gestion de proximité a-t-elle permis d'améliorer la gestion et l'organisation du personnel ? Notamment les remplacements, les plannings, le recrutements...

5 – Le cadre soignant n'est-il pas celui qui a été le plus sollicité pour cette gestion de proximité ?

6 – Les relations entre soignants, médecins et administratifs ont-elles été améliorées ?

7 - Le pôle a-t-il fait oublier le service ? Est-ce la structure de déconcentration idéale ?

8 – Quelles sont les limites de ce type de gestion ?

9 – Que manque-t-il à la gestion de proximité et au cadre du pôle pour que ce nouveau mode de management soit parfait ? Jusqu'où aller ?

## **Annexe 3 : grille d'entretien avec un directeur de rattachement au CHU de Nantes**

***Objectif : faire le bilan de la déconcentration par pôle au CHU de Nantes avec un directeur de rattachement***

1 – En tant que directeur de rattachement et après quelques années d'expérience, aujourd'hui, diriez-vous que votre statut de directeur a changé ?

2 – Votre positionnement est-il clair pour tous les acteurs ?

3 – Comment définiriez-vous votre rôle par rapport au directeur de pôle ?

4 – Etes- vous impliqué dans la gestion du personnel non médical des pôles ?

5 – Quelle est la valeur ajoutée d'un directeur de rattachement vis à vis des pôles par rapport au directeur du personnel ?

6 – Que manque-t-il à votre fonction pour que la gestion de proximité soit parfaite ?

# **Annexe 4 : grille d'entretien avec un directeur adjoint du CHU de Poitiers**

***Objectif : avoir l'avis d'un « praticien » des ressources humaines sur la faisabilité et les modalités d'une déconcentration de la GRH par pôles au CHU de Poitiers***

1 – Quel est l'apport de la déconcentration de gestion en terme de management à l'hôpital ?

2 – Quels sont les obstacles principaux à la mise en place d'une telle démarche ?

3 – Quel doit être le rôle des médecins dans la déconcentration de gestion ? Dans sa mise en œuvre puis dans la gestion quotidienne future ? Notamment dans la gestion des ressources humaines ?

4 – La culture médicale est-elle compatible avec la culture gestionnaire ? Quelles sont les limites d'une démarche de déconcentration pour les médecins hospitaliers ? Notamment dans la relation au personnel non médical ?

5 – Comment contourner ces limites ? Par la formation, le contrôle, en s'appuyant sur un cadre gestionnaire ?

6 – Au même titre que la démarche d'accréditation, la démarche de déconcentration de gestion n'inclut-elle pas une remise en question, une remise à plat des procédures ? Comment être sûr que la mobilisation première ne disparaisse pas avec la routine ?

7 – La déconcentration de gestion saura-t-elle venir à bout de la diversité des statuts (médicaux et non médicaux) et des logiques hospitalières (médicale, soignante, gestionnaire...) ?

# **Annexe 5 : grille d'entretien avec un directeur adjoint du CHU de Poitiers**

***Objectif : avoir l'avis d'un « praticien » des ressources humaines sur la faisabilité et les modalités d'une déconcentration de la GRH par pôles au CHU de Poitiers***

- 1 – La GRH est-elle soluble dans les pôles ? Quels domaines restent exclus de la déconcentration ?
  
- 2 – Pensez-vous qu'il existe des obstacles culturels à la déconcentration de la GRH ? La formation suffira-t-elle à les repousser ?
  
- 3 – Quel rôle donner aux médecins ? Les médecins sont-ils vraiment compétents pour être gestionnaires ?
  
- 4 – Et les cadres soignants ? Ne risque-t-on pas encore une fois de tout miser sur eux ?
  
- 5 – Qui doit gérer le personnel dans les pôles ? Doit-on détacher un cadre administratif ?
  
- 6 – La déconcentration, n'est-ce pas un peu « le début de la fin » du pouvoir des directeurs ?
  
- 7 – Et le patient dans tout ça ?



# **Annexe 6 : grille d'entretien avec un directeur du personnel au CHU de Nantes**

***Objectif : connaître les modalités de la déconcentration de la GRH par pôles mise en œuvre par le CHU de Nantes***

1 - Est-ce que la déconcentration de la gestion des ressources humaines a paru d'emblée évidente lorsque l'idée d'une gestion de proximité a été arrêtée ?

2 - La délégation de gestion a-t-elle été immédiatement très étendue ? Quels domaines ont été choisis et écartés ?

3 - Qui bénéficie aujourd'hui de cette délégation ? Qui gère le personnel dans les pôles ?

4 - Quels objectifs ont été fixés aux pôles en matière de GRH ? Quel type de contrat interne a été imaginé ?

5 - Quels indicateurs de suivi ont été retenus ? A-t-on retenu la satisfaction des usagers comme indicateur ?

6 - Cela a-t-il permis d'améliorer la gestion et l'organisation du personnel ? Et les relations entre soignants et gestionnaires ?

7 - Le personnel le ressent-il comme une avancée ? Et les gestionnaires de proximité ? Et les syndicats ?

8 - Quels outils et quels préalables (quels pré-requis) ont été prévus ? Quelles formations ? Quelle information ? Le système d'information a-t-il été modifié pour l'occasion ?

9 - Quelle a été et quelle est l'implication des médecins ? des cadres ?

10 - Le pôle a-t-il fait oublier le service ? Est-ce la structure de déconcentration idéale ?

11 - Quelles limites avez-vous pointées ? Quels contrôles avez-vous imaginé ?

12 - Tout est-il déconcentrable en matière de GRH ? Et les relations sociales ?

13 - Le statut de la FPH vous semble-t-il un frein ou une protection en la matière ?

14 - Et si c'était à refaire ? A la lumière de l'expérience nantaise (et des erreurs éventuelles), quels pré-requis à la déconcentration vous semblent-ils indispensables?