



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

**Etude des dimensions organique
et opérationnelle des Ressources Humaines
au sein d'un établissement public de santé
organisé en pôles médicaux et logistique
L'exemple du CHU de Nantes**

Thomas MARECHAL

Remerciements

A Monsieur Jean Paul GUERIN, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, qui a su me faire confiance et me laisser une grande liberté d'action dans la conduite de mes travaux.

A Monsieur Eric MANŒUVRIER, Directeur Adjoint de la Direction du Personnel et des Relations Sociales et maître de stage, qui m'a accordé le temps nécessaire à la réflexion et à la conduite de ce projet en faveur d'une nouvelle organisation des ressources humaines.

A Monsieur Bruno DONIUS, Directeur des Ressources Humaines du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille et encadrant mémoire, qui s'est engagé à mes côtés et m'a efficacement conseillé dans ce long processus de recherche.

Aux professionnels du CHU de Nantes qui se sont mobilisés pour évaluer leurs pratiques et qui ont su s'engager dans la voie de la réforme.

A Madame Elisabeth MARMET et Monsieur Michel LE DEUIL, du Cabinet Cap Gémini Ernst & Young, pour leurs aide et conseils méthodologiques.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
AVANT PROPOS METHODOLOGIQUE	4
Une démarche théorique : une recherche bibliographique	4
Une démarche opérationnelle : une recherche par entretiens	4
1 DEFINITIONS ET CONCEPTS	8
1.1 Les concepts d'organisation	8
1.2 Les motivations individuelles et / ou collectives des organisations.....	8
1.3 La structure et l'évolution des organisations.....	10
1.4 La Gestion des Ressources Humaines	14
1.5 La dynamique du management	15
1.5.1 La négociation	15
1.5.2 La motivation	15
1.6 Les théories de la motivation.....	16
1.6.1 Une évolution des modèles théoriques	16
1.6.2 La motivation dans les organisations	17
2 PRESENTATION DU CONTEXTE DU CHU DE NANTES	19
2.1 L'organisation actuelle	19
2.1.1 L'organisation en pôles et la gestion de proximité.....	19
2.1.2 L'organisation de la Direction du Personnel et des Relations Sociales (DPRS) ..	20
2.2 Les dysfonctionnements observés.....	24
2.2.1 Des dysfonctionnements d'ordre général	24
2.2.2 Des dysfonctionnements des micro-processus de GRH.....	25
2.3 Les facteurs de progrès.....	37
2.4 Le point de vue et les missions des acteurs	38
2.4.1 Les médecins - directeurs de pôle	38
2.4.2 Les cadres supérieurs de santé de pôle	39
2.4.3 Les responsables administratifs de pôle.....	39
2.4.4 Les cadres de proximité de pôle	39
2.4.5 Les responsables des bureaux du personnel de sites	40
2.4.6 Les responsables des bureaux de la DPRS.....	40
2.4.7 La Direction de la DPRS	40
2.4.8 Les partenaires sociaux	41
2.5 Présentation comparative de contextes hors CHU de Nantes.....	43
2.5.1 L'organisation d'autres CHU comparables	43
2.5.2 L'organisation de structures et établissements privés.....	47

3	PROPOSITIONS D'UNE NOUVELLE ORGANISATION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DU CHU DE NANTES.....	58
3.1	La modernisation de la DPRS	58
3.1.1	Les missions et acteurs clés de la DRPS.....	59
3.1.2	Les points clés du projet de transformation : les axes de progrès majeurs	62
3.1.3	Les priorités.....	68
3.2	Le plan de mise en œuvre.....	70
3.2.1	Présentation générale.....	70
3.2.2	Les conditions majeures de succès du projet de transformation.....	71
3.2.3	Les chantiers à mener pour moderniser le fonctionnement de la DPRS	72
3.2.4	La découpe en étapes du plan de mise en œuvre.....	73
3.2.5	Les instances	75
	CONCLUSION	77
	BIBLIOGRAPHIE	79
	LISTE DES ANNEXES.....	I
	ANNEXES.....	II
	ANNEXE 1.....	III
	ANNEXE 2.....	IV
	ANNEXE 3.....	V
	ANNEXE 4.....	VI
	ANNEXE 5.....	VII
	ANNEXE 6.....	VIII
	ANNEXE 7.....	IX
	ANNEXE 8.....	X
	ANNEXE 9.....	XI

Liste des sigles utilisés

AAH – Attaché d'Administration Hospitalière
ACH – Adjoint des Cadres Hospitaliers
ANAES – Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANPE – Agence Nationale Pour l'Emploi
ARH – Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARTT – Aménagement et Réduction du Temps de Travail
AS – Aide Soignant
ASH – Agent des Services Hospitaliers
BRHS – Bureau des Ressources Humaines de Site
CA – Cadre Administratif
CA – Conseil d'Administration
CAP – Commission Administrative Paritaire
CAPL – Commission Administrative Paritaire Locale
CDD – Contrat à Durée Déterminée
CDI – Contrat à Durée Indéterminée
CFDT – Confédération Française Démocratique du Travail
CGOS – Comité de Gestion des Œuvres sociales
CGT – Confédération Générale du Travail
CH – Centre Hospitalier
CHRU – Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU – Centre Hospitalier Universitaire
COP – Comité Opération Projet
COPIL – Comité de Pilotage
CP – Cade de Pôle
CSS – Cadre Supérieur de Santé
DAF – Direction des Affaires Financières
DG – Direction Générale
DGA – Directeur Général Adjoint
DGRH – Direction Général Ressources Humaines
DOP – Direction Des Opérations
DP – Directeur de Pôle
DPRS – Direction du Personnel et des Relations Sociales
DR – Directeur Référent
DRH – Direction des Ressources Humaines
DRS – Directeur des Soins Référent

DS – Direction des Soins
DSSI – Direction du Service des Soins Infirmiers
DSITS – Direction des Systèmes d’Information et des Télécommunications de Santé
ENSP – Ecole Nationale de la Santé Publique
EPS – Etablissement Public de Santé
ETP – Equivalent Temps Plein
FO – Force Ouvrière
FPH – Fonction Publique Hospitalière
GPEC – Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GRH – Gestion des Ressources Humaines
IDE – Infirmière Diplômée d’Etat
MAD – Mise A Disposition
MCO – Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PACA – Provence Alpes Côte d’Azur
RH – Ressources Humaines
R²H – Réingénierie des Ressources Humaines
RTT – Réduction du Temps de Travail
SROS – Schéma Régional d’Organisation Sanitaire
TEP – Tableau des Emplois Permanents
VAE – Validation des Acquis de l’Expérience

INTRODUCTION

A l'instar des projets gouvernementaux de modernisation de l'Hôpital Public prônant une nouvelle gouvernance hospitalière centrée sur une gestion de proximité par les acteurs de terrain et donc un déplacement des responsabilités, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes développe depuis plusieurs années une politique d'organisation déconcentrée couplée à une politique de gestion de proximité. L'offre hospitalière du CHU est ainsi structurée autour de 19 pôles médicaux¹ encadrés par à un processus de contractualisation interne d'objectifs et de moyens.

Ces pôles, indépendants les uns des autres, sont dirigés par un « triumvirat » composé d'un médecin non-chef de service élu par ses pairs, d'un responsable administratif et d'un cadre supérieur de santé, tous deux désignés par la Direction Générale du CHU. A cette équipe pluridisciplinaire, s'ajoutent un directeur des soins référent et un membre de l'équipe de direction, aussi appelé directeur référent, qui ont pour mission d'aider et de conseiller à la gestion du pôle. Ils veillent également à la cohérence de cette organisation quant aux politiques institutionnelles déterminées par le Conseil d'Administration (CA) et mise en œuvre par la direction générale du CHU. Ces politiques développées en interne dans le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soin et le projet social, répondent à la réglementation nationale et aux objectifs régionaux du SROS. Enfin, les directeurs des sites hospitaliers conservent leurs responsabilités en matière de gestion des services généraux, de la sécurité et de la police de leur établissement ; alors que les directeurs fonctionnels demeurent rattachés à la direction générale et positionnés comme « prestataires de services » auprès des pôles, des directions référentes et des directions de site.

Dotés d'une relative autonomie, les pôles bénéficient en théorie d'une liberté d'organisation dans le cadre des moyens qui leur sont alloués. Toutefois, cette indépendance de fonctionnement est encore relativement limitée en ce qui concerne la gestion des ressources humaines. En effet, la majeure partie des domaines de compétences du Directeur du Personnel et des Relations Sociales (DPRS) restent très centralisées et n'ont pas encore fait l'objet d'une véritable déconcentration de moyens au plus près des personnels utilisateurs des prestations, ni d'une totale décentralisation des responsabilités au niveau des responsables de pôles.

Ce décalage entre une politique institutionnelle axée sur une gestion de proximité et une gestion des ressources humaines centralisée peut trouver son origine dans plusieurs

¹ Annexe 1 et 2 : Organigramme du CHU de Nantes et Schéma d'organisation en pôle au CHU de Nantes

facteurs explicatifs. D'une part, le poids de l'histoire et des modes traditionnels d'organisation de la fonction publique de façon générale, de la fonction publique hospitalière et des établissements publics de santé (EPS) de manière particulière. D'autre part, la décentralisation des responsabilités de gestion des ressources humaines au niveau des pôles peut être perçue par les partenaires sociaux et les agents comme un facteur d'inégalité entre les personnels d'une même entité juridique. Enfin, un tel découplage des responsabilités au sein de chaque pôle implique l'affectation de moyens spécifiques (personnels, locaux, équipements) et nécessite le recrutement, le redéploiement et la formation de nouveaux gestionnaires des ressources humaines. Ces coûts supplémentaires générés par la déconcentration des moyens au niveau des sites hospitaliers ou des pôles semblent difficilement négociables en période de forte restriction budgétaire.

Les faits observés et les premiers éléments explicatifs présentés ci-avant, incitent à réfléchir à la mise en œuvre de nouveaux modes d'organisation de la Gestion des Ressources Humaines (GRH) au sein du CHU de Nantes, répondant mieux à la volonté de contractualisation interne prônée dans le projet d'établissement et le projet social.

Cependant, ces déconcentrations de moyens et décentralisations des responsabilités ne peuvent s'effectuer totalement au profit des responsables de pôles sans que certains organes décisionnels ne soient conservés au niveau central, ne serait-ce que pour garantir le respect de la politique globale de l'établissement.

Conscient du décalage entre une volonté d'ouverture organisationnelle vers les pôles et une structure traditionnellement centralisatrice, la direction générale du CHU de Nantes a engagé en avril 2003 une démarche de modernisation de la gestion des ressources humaines, dénommée Réingénierie des Ressources Humaines (R²H). Ce projet de restructuration globale des ressources humaines au sein du CHU et d'une profonde recomposition de la DPRS doit se dérouler sur une période de 18 à 24 mois. Dans un premier temps, un important travail de diagnostic a ainsi été mené d'avril à juin 2003, par un groupe projet composé de huit membres de l'équipe de direction et de la direction des soins. Par ailleurs, un comité de pilotage, composé du directeur général du CHU et de son adjoint, d'un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement, du directeur de la Direction des Affaires Financières, de celui la Direction de la Qualité, de la Communication et des Systèmes d'Information, d'un directeur de site, de la directrice coordinatrice des soins et du directeur de la DPRS, a pour mission de fournir les orientations cibles, d'analyser les résultats, de faire les choix stratégiques et de mettre en place les structures de conduite du projet de changement. Deux consultants seniors d'un

cabinet d'étude spécialisé dans les domaines de l'industrie et des services² accompagnent ce dossier, en dirigeant les travaux de recherches et rédigeant un rapport d'analyse et de recommandations.

En plus de cette étude spécifiquement centrée sur l'organisation RH du CHU de Nantes, la direction de la DPRS a demandé à l'Elève Directeur d'Hôpital que je suis, d'élargir les recherches sur le même thème et de participer à l'ensemble des travaux en cours en jouant un rôle d'interface entre le CHU et les consultants externes. En effet, cette démarche de recherche et rédactionnelle du mémoire de fin d'étude doit permettre d'étendre le strict cadre opérationnel du CHU de Nantes en asseyant, sur une base théorique et un comparatif avec d'autres modes d'organisation, les réflexions en cours pour permettre d'éventuellement envisager d'autres choix, d'autres options.

L'objet du présent projet de mémoire consiste dans une première étape en une présentation théorique de la sociologie des organisations, puis dans un second temps en une analyse du système actuel de GRH du CHU de Nantes, impliquant la description des points forts et ceux pouvant être source de dysfonctionnement. Cette analyse de la GRH au CHU de Nantes, s'accompagne d'une recherche comparative avec d'autres organismes du secteur public mais également du privé. Enfin, après cette étape d'observation et de questionnement, une recherche d'amélioration du processus organisationnel de la gestion des ressources humaines pourra être engagée par la présentation de propositions concrètes de fonctionnement en tenant compte des particularités sociologiques, économiques, politiques et culturelles du CHU de Nantes.

² Cap Gemini Ernst & Young

AVANT PROPOS METHODOLOGIQUE

Une démarche théorique : une recherche bibliographique

Toute étude universitaire et professionnelle nécessite une première phase d'appropriation des concepts théoriques, une lecture et une réflexion sur les grands mouvements de pensées ainsi qu'un suivi des évolutions récentes de l'actualité du sujet abordé. La démarche de mémoire ne déroge pas à cette méthodologie et implique donc une recherche bibliographique diversifiée (ouvrages de référence en sociologie des organisations, revues spécialisées en GRH, articles internet, lectures d'organigrammes et de rapports d'activité...). Ces recherches ont été réalisées grâce aux nombreux outils documentaires mis à la disposition des élèves à l'ENSP. Deux modes d'enquête ont ainsi été engagés de manière simultanée. D'une part une interrogation traditionnelle de la base de données du centre de documentation de l'école et d'autre part un lancement de requêtes spécifiques sur le réseau internet. De plus, il a été effectué une lecture attentive des publications et articles confiés par André LUCAS, professeur de management à l'ENSP, dès le début de cette démarche de mémoire³. C'est ainsi que certaines questions servant de socle conceptuel aux travaux engagés commencent à recevoir des premières réponses : Qu'est ce qu'une organisation ? Comment se forme-t-elle et comment évolue-t-elle ? Quelles motivations individuelles et collectives la dynamisent ou la bloquent ? Quelles formes les organisations peuvent-elles prendre et pourquoi ?

Une démarche opérationnelle : une recherche par entretiens

Une première étape théorique de recherche bibliographique ne peut répondre à elle seule aux exigences d'un mémoire professionnel. Une confrontation des concepts aux réalités du quotidien reste nécessaire. Ainsi, plusieurs démarches d'observation, de questionnement et d'analyse ont été engagées tant au sein du CHU de Nantes, que dans d'autres structures hospitalières et établissements industriels et commerciaux de statut privé. Les observations ainsi réalisées portent sur les structures de GRH, les modes d'organisation, les liaisons hiérarchiques et fonctionnelles, les rôles et responsabilités des différents acteurs. L'analyse s'articule autour des points d'excellence et des dysfonctionnements constatés tant du point de vue de la Direction Générale (DG) que des agents producteurs, utilisateurs ou bénéficiaires des prestations GRH. Ces observations et analyses font l'objet d'une approche en deux temps, d'une part l'organisation

³ Cf. Bibliographie

d'entretiens individuels et/ou semi-collectifs des principaux acteurs «Fournisseurs » de GRH au sein du CHU de Nantes et d'autre part des rencontres individualisées de DRH d'autres organismes publics et privés dans un but de comparaison et de « benchmarking ». Enfin, une dernière approche a consistée à recueillir le point de vue des « Clients » des services GRH.

Une première série de 14 entretiens⁴ s'est déroulée dans le cadre d'une large étude de réingénierie des ressources humaines (Projet R²H) engagée au CHU de Nantes au début du mois d'avril 2003. Un guide d'entretien⁵ a été construit par le groupe projet puis mis en forme par les consultants avant d'être distribué aux personnes interrogées avant leur rencontre. La construction de cette trame répond à une approche globale de la GRH et doit permettre une compréhension des organisations et des fonctionnements de l'ensemble des processus RH : gestion des effectifs, gestion des remplacements, modalités de recrutement et affectation, organisation des évaluations et des formations, organisation du dialogue social. Chaque personne interrogée devait entre autre indiquer pour chaque micro processus quels sont les acteurs impliqués, les méthodes et outils utilisés, les difficultés et contraintes rencontrées, les leviers d'améliorations envisageables. Les personnes rencontrées ont été choisies selon plusieurs critères dont un premier consistant à ce qu'elles ont toutes une position de responsabilité en terme de GRH. En effet, l'objectif prioritaire de ces entretiens est de recueillir un avis général sur les organisations et non un point de vu particulier ou par trop spécialisé. Un second critère de sélection a été la diversité des intervenants de par leurs fonctions au sein de l'institution. Les pôles ont été observés sous deux angles : un aspect purement thérapeutique (pôle médecine, pôle mère – enfants et pôle neurosciences) et un aspect prestataire de service (pôle biologie). De même, les cadres de la DPRS ont été interrogés selon deux visions : les chefs de bureau affectés à la direction générale et ceux affectés dans les sites hospitaliers. Le corps des directeurs a fait l'objet d'une écoute ciblée par quatre formes de rencontres : une première comprenant uniquement les directeurs responsables de la DPRS, une seconde destinée à interroger un directeur responsable d'un site et de pôles thérapeutiques, une troisième a permis d'avoir le point de vu d'un directeur responsable de pôles thérapeutiques sans être responsable de site et une dernière axée sur un directeur responsable de pôles logistiques et de prestations de services. Ayant des problématiques de GRH proches, les directeurs de soins des sites ont fait l'objet d'un entretien commun. Ces rencontres, d'une durée de deux heures environ, on fait l'objet de comptes rendus permettant une meilleure compréhension des

⁴ Annexe 3: Liste des personnes rencontrées dans le cadres des entretiens du projet R²H du CHU de Nantes

mécanismes de GRH en oeuvre au CHU de Nantes.

Une seconde série de rencontres, individuelles cette fois, a été engagée au mois de juin 2003 auprès de directeurs des ressources humaines d'autres organismes publics et privés⁶. Les entreprises contactées ont pour caractéristiques de présenter certaines similitudes avec le CHU de Nantes. Ainsi, pour les hôpitaux, la sélection s'est portée sur des établissements ayant des capacités d'hébergement, des effectifs en personnel, un mode d'organisation en pôles, un caractère multi-sites, proches de ceux de Nantes (CHU de Toulouse, CHU de Montpellier). Les organismes privés sollicités l'ont été du fait qu'ils ont des problématiques de GRH du même type que le CHU. Ainsi par exemple, les groupes Danone ou Accor comprennent plusieurs marques et de nombreux centres de production tel qu'il est possible de l'observer au CHU de Nantes par l'organisation en pôles et la répartition géographique sur 7 sites. De même, la gestion des ressources humaines de ces grands groupes est organisée sur une large échelle : au niveau du groupe, au niveau des marques et enfin au niveau de chaque unité de production ou centre de responsabilités. Afin de faciliter les comparaisons entre les différentes structures observées, le même guide d'entretien a été utilisé.

Enfin, le point de vu des acteurs opérationnels a également été recueilli lors d'une troisième série d'entretiens durant lesquels ont été interrogés les agents et les cadres de proximité « Producteurs » de GRH, les personnels et les partenaires sociaux « Clients » de ces prestations. Ces entretiens ont été menés de manière semi-directive sur la même base que les rencontres précédentes, en accentuant toutefois les observations sur les aspects opérationnels et pragmatiques de la GRH. Le but ici étant de recueillir le ressenti et des propositions d'amélioration concrètes des utilisateurs des services ressources humaines.

Les dysfonctionnements indiqués par les interlocuteurs ont fait l'objet de regroupement par analogie, puis d'un classement et d'une représentation schématique. Les axes d'améliorations et les propositions de changements découlent des observations de terrain.

Il apparaît important de situer les limites de cette recherche. Les entretiens ont été réalisés à partir d'un échantillon de personnes ressources sélectionnées mais non forcément représentatives des populations concernées, ce qui conduit à la prudence lors de l'interprétation et la généralisation des résultats. Il aurait été intéressant de faire une enquête plus exhaustive comportant une mesure quantitative des éléments étudiés, mais le temps imparti pour réaliser ce travail de fond ne le permettait pas. Bien que l'entretien

⁵ Annexe 6 : Guide d'entretien utilisé au sein du CHU de Nantes

⁶ Annexe 4 : Liste des personnes rencontrées hors CHU de Nantes

soit considéré comme l'outil qualitatif majeur pour le repérage des représentations, son utilisation pose plusieurs questions. D'une part parce que c'est une technique qui repose sur la production d'un discours, activité complexe rendant l'analyse difficile ; d'autre part, la situation d'entretien favorise l'utilisation par le sujet interviewé de mécanismes psychologiques, cognitifs et sociaux qui rendent problématiques la fiabilité et la validité des résultats (rationalisation, contrôle, obligation de cohérence, filtrage). L'interviewer n'est pas neutre dans l'analyse des résultats. En outre, l'interaction interviewer-interviewé n'est pas sans influence, en particulier dans une situation d'élève directeur d'hôpital. Ces limites posées ne remettent pas en cause l'utilisation de l'entretien qui permet d'avoir accès au contenu d'une représentation et aux attitudes développées par l'individu ou le groupe.

1 DEFINITIONS ET CONCEPTS

1.1 Les concepts d'organisation

Au XIX^{ème} siècle, Les grands précurseurs ont ouvert les voies de la réflexion contemporaine sur le fonctionnement des organisations. Il faudrait reprendre les idées de Marx, Pareto, Durkheim et Weber. Tous ont développé beaucoup d'efforts pour rendre compte de la vie en société, en dégagant des modèles de fonctionnement à partir d'une approche dynamique. Marx par exemple, conçoit les organisations en termes **énergétiques**, Spencer ramène tout à la dimension **biologique**. Freud pense les relations entre les humains en termes **psychiques**. Cependant, sur beaucoup de points, leur pensée s'est trouvée bloquée par les propres concepts qu'ils avaient forgés, héritage de la pensée rationaliste, cartésienne. Concepts qui forment un **paradigme clos** ou autrement dit un modèle de raisonnement infléchi par un système de croyances socioculturelles et cognitif auquel chaque individu adhère, à la fois au plan conscient et au plan inconscient, mais ne pouvant fonctionner que de manière théorique dans un milieu restreint. Ainsi, la plupart des théories sociales se sont édifiées, jusqu'à une période récente, à partir de concepts syncrétiques (mélange de plusieurs doctrines ou systèmes philosophiques qu'on prend pour des faits ou des données).

Si l'on remonte aux origines du management, au début du XX^{ème} siècle, en France avec Henri Fayol et aux Etats Unis avec Frédérick Taylor, l'on trouve l'idée d'un fonctionnement mécaniste de la société.

Plus tard selon Chandler, la structure suit la stratégie. Alors que **la stratégie** consiste en la détermination des buts et des objectifs à long terme, des moyens d'action et de l'allocation de ressources, **la structure** est la manière dont l'organisation est assemblée pour appliquer la stratégie choisie, avec toutes les hiérarchies et les relations d'autorité que cela implique.

1.2 Les motivations individuelles et / ou collectives des organisations

La théorie des X et des Y de Douglas Mc Gregor met en évidence deux philosophies distinctes sur la nature humaine qui induisent deux modes très différents de management des organisations. Ainsi, la théorie des X souligne que la plupart des être humains sont paresseux, n'aiment pas le travail et ont besoin à la fois de la carotte et du bâton pour avancer. Ils sont fondamentalement immatures, ont besoin d'être dirigés et sont incapables de prendre des responsabilités. En revanche, la théorie des Y prend le contre pied de la précédente. Les individus auraient psychologiquement besoin de travailler et

désireraient s'accomplir personnellement et exercer des responsabilités. Un autre théoricien des organisations, Mc Clelland, rajoute que le désir de s'accomplir est largement conditionné par la culture et l'expérience des individus ; les deux pouvant être modifiés et inter-agir mutuellement.

Par ailleurs, le **respect des individus** comme facteur non économique de satisfaction au travail est, selon Elton W. Mayo, un élément fondamental pour les personnels. Ainsi par exemple, la communication et les efforts d'explications développés par une direction avant tout changement organisationnel permettent une croissance significative de la productivité tout en maintenant ou diminuant l'absentéisme. Ce phénomène s'expliquerait plus par le fait que les personnels se sentiraient motivés par la réalisation de performances clairement identifiées, que par la perspective d'une récompense pécuniaire. De même, la satisfaction au travail serait accentuée dans la mesure où les employés réalisent qu'ils forment **une équipe homogène** d'individus solidaires au lieu d'être un rouage anonyme d'une organisation tentaculaire. Ainsi, chaque individu se sent valorisé, responsable de ses performances en même temps que de celles du groupe. La cohésion du collectif et l'estime de soi sont plus importants pour l'accomplissement des performances que toutes les améliorations de l'environnement de travail. Toujours selon le même auteur, il en découle que les raisons des conflits entre une direction et les employés sont moins dues à des facteurs objectifs (temps de pause, mauvaises conditions matérielles de travail...) qu'à des attitudes émotionnelles naturelles. Les personnels seraient gouvernés par la logique du sentiment, alors que la direction serait motivée par la logique des coûts et de l'efficacité. A défaut de trouver un compromis entre ces deux logiques, le conflit est inévitable.

Cependant, au-delà de la motivation et des actions qui incitent des individus à coopérer, **le pouvoir** est la source fondamentale d'animation de l'organisation. Le pouvoir n'est pas un attribut de la personne mais une relation multiforme. C'est d'abord une relation d'échange, selon Crozier et Friedberg, donc de négociation entre deux ou plusieurs individus. C'est ensuite une relation instrumentale, un but commun poursuivi par un groupe. Mais c'est aussi une relation non transitive où un sujet exerce un pouvoir sur l'autre sans que ce dernier ne puisse exercer le même pouvoir sur le premier. C'est enfin une relation réciproque où le subordonné accepte de se plier pour un temps aux demandes du supérieur, et dans laquelle il peut exercer un contre pouvoir (limiter sa performance pour ne pas accroître les standards de production, ne pas communiquer des informations...). C'est dans la négociation que peuvent s'équilibrer pouvoirs et contre pouvoirs.

Il existe par ailleurs plusieurs modes d'exercice du pouvoir :

- le **pouvoir de récompense**, c'est le pouvoir de la rémunération, (accord ou refus d'une augmentation, d'une prime d'un avantage) ; c'est aussi le pouvoir de manipulation ou normatif représenté par les récompenses symboliques (reconnaissance, prestige, estime...),
- le **pouvoir de coercition** s'exprimant par la crainte, le contrôle, la sanction,
- Le **pouvoir légitime** est l'acceptation et la reconnaissance du droit d'un individu sur un autre,
- le **pouvoir de référence** est l'influence qu'on accepte de subir de la part d'un individu en contre partie d'une identification à lui,
- le **pouvoir d'expertise** se retrouve dans les ressources propres à un individu : ses connaissances, sa maîtrise d'une technique toutes deux acquises par l'expérience ou au contraire une qualité particulière innée, qui induit un pouvoir charismatique,
- le **pouvoir organisationnel** ou d'autorité est légitimement reconnue par le plus grand nombre. Ce qui incite à reconnaître la légitimité du pouvoir, c'est l'organisation elle-même à travers ses normes, ses rites et ses traditions.

1.3 La structure et l'évolution des organisations

Selon Mintzberg, toute structure organisationnelle se compose de cinq éléments qui interagissent les uns les autres. **Le sommet** a une vocation stratégique et est constitué des cadres supérieurs dirigeants. **La technostucture** comprend les personnages clés dans les domaines des finances, de la formation, etc. **Le noyau actif** regroupe l'ensemble des personnels évoluant en première ligne pour l'organisation. **L'axe médian** est constitué des cadres dont la vocation est de relier le sommet au noyau. **Le personnel de soutien** apporte son expertise dans les domaines logistiques non productifs (service du personnel, recherches et développement, relations publiques...).

Mais, les sous systèmes qui composent les organisations (production, administration, vente...) sont constitués d'acteurs sociaux qui agissent et réagissent dans une interdépendance à la fois fonctionnelle et psychologique. Ce sont des **groupes dits formels**, prévus et programmés par l'organisation. A côté de ces groupes se créent des groupes par affinités ou convergence d'intérêts durables ou provisoires : les **groupes informels** au comportement non prévu par l'organisation. Cette seconde catégorie est tout aussi importante que les groupes formels en raison de leur incidence sur le climat psychosocial de la structure. Les interactions entre les acteurs sociaux à plusieurs niveaux ont été largement étudiées par les psychosociologues depuis une cinquantaine d'années. Ces études montrent que la situation de groupe elle-même favorise le développement de certaines attitudes. Aussi peut-on observer deux attitudes liées à la

situation de groupe : la conformité et la solidarité. L'organisation est un lieu de régulation des comportements et des normes. Le sujet y est constamment soumis à des pressions l'incitant à se conformer à ce que font les autres membres du groupe. Ces pressions incitent les individus à **la conformité** aux normes de l'organisation. Ceux qui dérogent peuvent d'ailleurs être l'objet de sanctions aussi bien de la part des groupes formels que des groupes informels. Parallèlement, se développe **une solidarité** qui est destinée à échapper aux tensions. Dans un contexte parfois hostile, anxiogène, chargé de tensions et toujours mouvant, les sujets cherchent des appuis pour affronter ce contexte. Le sentiment d'appartenance peut être considéré comme essentiel pour survivre dans une organisation. C'est en définitif le groupe qui constitue le support psychologique, stratégique et culturel qui cimente l'organisation. Ainsi, quel que soit le niveau hiérarchique d'un sujet, il aspire à être reconnu par les autres, à posséder l'estime de soi, à obtenir des succès. Pour répondre à ces trois aspirations, le médium le plus puissant, c'est l'organisation, c'est le groupe. En effet, l'appartenance à un groupe contribue à créer une image personnelle enrichie par le surplus d'identité qu'on retire de cette appartenance sociale et professionnelle.

Chandler pense que le **système de hiérarchie directoriale** offre le meilleur espoir de prospérité à long terme pour les entreprises. Il souligne l'importance du rôle du dirigeant salarié, dont le métier demande de plus en plus de technicité et de professionnalisme dans la mesure où il ne tire pas son autorité que de sa simple fonction ou de son statut de directeur, mais de ses propres capacités innées ou acquises. Par ailleurs, Chandler estime que le principe de décentralisation dans les grandes sociétés est primordial. Il précise que s'il reste indispensable de coordonner la planification stratégique à partir du centre afin d'assurer la croissance de l'organisation à long terme, ce mode d'organisation décentralisé permet aux unités individuelles et à leurs responsables d'appliquer leurs propres tactiques au jour le jour, leur laissant ainsi une marge d'autonomie créatrice plus importante.

Dans ses travaux, Mintzberg présente cinq formes d'organisations ; de la plus simple très hiérarchisée à des plus complexes selon un schéma transversal. **Les structures simples** très centralisées et autocratiques sont la caractéristique des sociétés fondées par un entrepreneur. La hiérarchie est réduite et le contrôle est exercé par un directeur général souverain. L'organisation fonctionne grâce à la grande fidélité des personnels, à la simplicité des structures, aux modes de relations informelles et au sens aigu qu'ont les acteurs de leur mission. **La bureaucratie mécaniste** se compose d'une importante technostucture intégrant des contrôleurs, des financiers, des planificateurs stratégiques, des experts en production... ce mode d'organisation est adapté à la production de masse, à l'existence de plusieurs strates de direction et au respect de procédures formalisées. Les réactions au changement sont lentes, la motivation des acteurs est difficile. **La**

bureaucratie professionnelle se fonde moins sur la hiérarchie que sur l'expérience partagée. L'administration est régie par un système de normes édictées par des corps professionnels indépendants. Les échelons de direction sont moins clairement marqués et le fonctionnement semble plus démocratique, ce qui conduit les personnels à une motivation plus forte que dans le mode d'organisation précédent. **La structure en départements** s'observe dans les grandes entreprises multinationales où un petit noyau contrôle les principales orientations de nombreuses unités périphériques au fonctionnement par ailleurs autonome. Ces organisations peuvent s'analyser comme une juxtaposition de structures bureaucratiques mécanistes opérant sous le contrôle d'une direction centralisée. **L'adhocratie** est le mode d'organisation privilégiée des industries de pointe et innovantes, nécessitant des réactions rapides aux changements. Les équipes transversales sont souples et collaborent à des projets spécifiques en fonction des besoins et des compétences requises à un moment donné. Ce mode d'organisation pour Rosabeth Mass Kanter renforce les individus comme moteur du changement. Ainsi, alors que les organisations bureaucratiques et traditionnelles étouffent la valeur des individus, **les sociétés post entrepreneuriales** libèrent et accentuent les potentiels dans des structures plus horizontales et moins hiérarchisées. Toujours selon Mass Kanter, la clé d'une renaissance de l'entreprise réside dans le management participatif, la délégation et la responsabilisation qui rendent possible la mise en place de mécanismes permettant aux individus d'apporter leurs idées et une plus grande contribution.

Toutefois, selon les études de Likert, les performances des organisations varient en fonction des modes de management mis en oeuvre. Quatre styles de leadership peuvent se dégager. **Le style autoritaire et exploiteur** joue sur la peur et la contrainte. La communication vient du sommet et les décisions sont prises, puis imposées par le niveau supérieur de la hiérarchie sans consultation préalable de la base. Les supérieurs et les subordonnés sont très éloignés psychologiquement. **Le style autoritaire et paternaliste** fonctionne plus par la carotte qu'avec le bâton, même si les subordonnés restent totalement soumis. Les informations ascendantes ne sont transmises à la hiérarchie que si elles sont susceptibles de lui convenir. Les décisions politiques restent prises au sommet hiérarchique, alors que les choix mineurs sont délégués à d'autres niveaux. **Le style consultatif** intègre autant la notion de gratification que celle de sanction. La communication hiérarchie – subordonnée est plus développée et bilatérale, même si l'information descendante reste prioritaire. Les décisions importantes demeurent de la responsabilité du sommet. **Le style participatif** conduit la direction à faire participer les employés à des groupes de travail capables de prendre des décisions. La gestion par objectifs permet le développement d'une communication tant horizontale que verticale du fait d'un rapprochement psychologique des supérieurs à leurs subordonnés. Enfin, des récompenses matérielles viennent renforcer le sentiment d'appartenance à l'organisation.

Les styles de direction changent selon les individus du fait des systèmes de valeurs différents, de personnalités et de caractères différents, de circonstances et de contextes différents, d'habitudes mentales ou comportementales différentes et aussi en fonction des attentes différentes venant de l'entourage professionnel. Selon le style, le contrôle variera.

De même, le style de direction doit découler de la confrontation de trois éléments :

- le **système de valeurs** de celui qui commande (ce à quoi il croit),
- l'**attente du subordonné** (ce qu'il espère comme style de direction chez son supérieur),
- les **caractéristiques de la situation** (l'urgence et la nature du problème à traiter).

Du premier de ces éléments (le système de valeurs), il découle que la conception du genre humain que possède le dirigeant influe sur son style de direction. Ainsi si l'on reprend la Théorie des X et Y de Mc Gregor, le manager qui a plutôt tendance à croire à la version de l'Homme X (paresseux, incapable d'initiative et motivé uniquement par le gain) aura évidemment un style beaucoup plus autoritaire que le manager croyant en l'Homme Y (travailleur, responsable, fiable) qui aura un style plus démocratique et participatif. Les styles de direction prennent donc différentes formes, allant de la direction la plus autoritaire et centralisatrice à la direction où dominant le dialogue et la recherche d'une autonomie réelle de chacun. Ces données varient à la fois en fonction de la personnalité mais aussi de la situation. Cependant, selon E. Morin, quelles que soient les raisons personnelles qui incitent à se comporter plutôt autoritairement ou plutôt démocratiquement, l'évolution des relations entre supérieurs et subordonnés se fera vers des « formes de plus en plus négociées, les pouvoirs des subordonnés ne pouvant que croître »⁷. Ainsi, on devrait assister à un renforcement des styles de direction participatifs.

⁷ Commander Demain, E. Morin

1.4 La Gestion des Ressources Humaines

La GRH est une notion complexe qui peut être subdivisée en quatre types d'approche très différents. **La vision statutaire et administrative** de la GRH semble la plus communément admise par les acteurs. Les lois du 13 juillet 1983 et du 9 janvier 1986 portant respectivement sur les droits et obligations des fonctionnaires et sur la fonction publique hospitalière indiquent que les personnels hospitaliers fonctionnaires sont dans une situation statutaire et réglementaire générant des caractéristiques de prise en charge administrative particulières. Ainsi, une bonne connaissance des statuts et leur mise en œuvre est indispensable et constitue les bases de toute politique de GRH au sein d'un établissement hospitalier. **L'approche financière** peut s'observer sous deux angles, la dimension individuelle et la dimension collective. La première concerne les modalités de rémunération des personnels sur la base d'indices, primes et indemnités ; la seconde s'articule sur les notions de suivi budgétaire et de contrôle de gestion des budgets de personnel, qui représentent de 70 à 75% des dépenses d'exploitation d'un EPS. **La gestion des compétences** oriente la vision que l'on peut avoir des personnels hospitaliers n'ont plus sur leur grade ou statut, mais sur leur fonction et métier. La GPEC nécessite la prise en compte de référentiels de compétences, de référentiels métiers, mais implique également la mise en place de procédures d'évaluation, la création et le suivi de plan de formation en cohérence avec le projet d'établissement. Enfin, **la gestion des organisations du travail** prend en compte les contraintes matérielles et pragmatiques des personnels en poste. L'objectif ici étant de maintenir ou développer la qualité des conditions de travail, l'hygiène et la sécurité de tous les agents en poste.

Dans le cadre de notre étude de réingénierie des ressources humaines au sein du CHU de Nantes et pour des raisons d'objectivation des modes opératoires et de formalisation des dysfonctionnements, ces quatre approches de la GRH ont été déclinées en sept micro-processus opérationnels, La gestion du tableau des effectifs, la gestion des remplacements, le recrutement et les affectations, la gestion opérationnelle des ressources humaines, la gestion des éléments variables de la paie, la GPEC (évaluation, formation) et le dialogue social.

1.5 La dynamique du management

Le management suppose une dynamique, une activation des ressources qui passe par deux pôles : la négociation et la motivation.

1.5.1 La négociation

On lie souvent la négociation à des situations de conflits. D'une part elle n'est pas systématiquement le résultat de conflits potentiels et d'autre part, elle n'est pas non plus la seule méthode pour résoudre tous les types de conflits. Si le conflit est source d'instabilité et de désagrégation dans l'entreprise, il peut également être source de stimulation et de renouvellement de l'organisation. Compte tenu de l'évolution du concept d'autorité et d'autoritarisme, on pense aujourd'hui que la négociation sera le mode dominant des relations professionnelles. Davantage de concertation, donc davantage de négociation. Il n'y a pas de technique de la négociation, mais plusieurs modalités selon les situations et les personnalités : la persuasion, la conciliation, la coopération.

1.5.2 La motivation

Pour communiquer comme pour agir, il faut être motivé, c'est à dire engager un processus impliquant une volonté d'atteindre un but. Au début de l'ère industrielle, la référence historique donnait à la motivation une définition technique et opérationnelle. Aujourd'hui, la motivation est davantage en rapport avec l'identité et l'appartenance culturelle. Les bases éthiques du comportement ont changé, les modes de reconnaissance de l'autre se sont diversifiés.

Ainsi, la recherche du plaisir rentre en jeu dans l'explication finale de la motivation, dans la mesure où elle permet de réduire une tension. Tout au long de sa vie, l'individu fonctionne dans le registre **principe de plaisir** et **principe de réalité**. Le premier c'est substituer à ce qui nous résiste, ce qui nous plaît (source du rêve, de l'art et aussi parfois à l'origine de la folie). Le principe de réalité est l'adoption d'une régulation et d'une adaptation aux contraintes de l'environnement pour autant qu'on puisse retrouver une capacité d'éprouver du plaisir. On considère que la motivation est « la mise en mouvement du désir »⁸, mais alors que le désir reste inconscient, la motivation se traduit dans des comportements conscients et pousse le sujet à agir. La motivation va s'exprimer le plus directement par l'action et une action à laquelle le sujet adhère et croit. Or, c'est à travers les buts et les projets qu'on passe de la motivation à l'action. Le but peut être défini comme des objectifs qu'on se propose et qu'on a envie d'atteindre à court ou moyen terme. Ils sont concrets et réalistes. Les buts sont les différentes étapes qui

⁸ S. Michel

permettent de réaliser un projet. Pour qu'un individu poursuive des buts et des projets, il faut que ces buts et ces projets correspondent à l'image de soi, mais aussi à son scénario motivationnel. On comprend donc que les entreprises n'aient ni les moyens ni l'envie de s'intéresser au désir individuel qui sous tend la motivation. Elles veulent « motiver les salariés », ce qui revient simplement à dire qu'elles veulent **mobiliser leurs potentiels d'action**. Elles n'y parviendront que si elles prennent en compte les aspirations des acteurs.

1.6 Les théories de la motivation

1.6.1 Une évolution des modèles théoriques

Plusieurs modèles ont été construits, notamment par Maslow et sa théorie des besoins fondamentaux, mais également par Mc Gregor, Herzberg et Likert. Leur thème central est l'étude des facteurs qui déclenchent l'activité d'un sujet ; en d'autres termes, l'aspect positif du passage à l'action, a contrario de l'inhibition de l'action qui correspondrait pour sa part au fléchissement de la motivation (la démotivation). Ces théories utilisent le concept de besoin dont Maslow a dressé une liste hiérarchisée :

- les besoins physiologiques (se nourrir, se vêtir, se loger),
- les besoins de sécurité (garantir de l'emploi, protection sociale, couverture maladie),
- les besoins sociaux (amitié, échange),
- les besoins d'estime (confiance en soi, prestige et réputation),
- les besoins de réalisation de soi.

Une seconde série de modèles s'intéresse au processus même de la motivation. Les théories sont plus sophistiquées et l'on retrouve les concepts d'expectation, d'instrumentation et de valence. L'**expectation** est l'image de soi. C'est ce que chacun se croit capable de faire, ce que l'on attend comme résultat possible de ses efforts. C'est en effet l'image que chacun a de soi qui détermine les efforts que nous sommes prêts à faire. L'expectation est nécessaire à la motivation mais non suffisante, il faut aussi que joue l'**instrumentalité** qui correspond aux avantages que l'on retire de quelque chose. On dira que le travail est instrumental lorsqu'il représente clairement un moyen efficace d'obtenir ce que l'on veut. L'instrumentalité n'est pas liée à une situation objective ou à une tâche précise, c'est une perception subjective ; autrement dit, l'instrumentalité sera différente pour chaque sujet. En définitive, elle sera la manière dont chacun perçoit et comprend les liens qui existent entre le travail qu'il fait et les avantages qu'il en retire. La **valence** est un terme emprunté aux chimistes. C'est la valeur de combinaison qui mesure ou apprécie l'adéquation entre l'image de soi et les avantages retirés dans une situation donnée. On parle de valence plutôt que de valeur, car là aussi, ce qui compte c'est la dimension

personnelle et subjective de cette appréciation. Ainsi, si aucune récompense n'a de valence pour un sujet, il ne sera pas motivé du tout. De surcroît, si un de ces éléments vient à manquer, absence de confiance en soi, sentiment de ne pas être reconnu à sa juste valeur et sentiment de ne tirer aucun avantage d'une situation, la motivation sera bloquée. Ces trois concepts permettent mieux que les précédents de rendre compte de la démotivation.

1.6.2 La motivation dans les organisations

On peut observer deux types de comportements chez les acteurs sociaux. Dans la première catégorie, on peut ranger ceux qui confondent leurs finalités avec celles de l'organisation. Dans la deuxième, on peut classer tous ceux qui utilisent l'organisation pour leurs propres finalités. On ne verra pas facilement la différence et pourtant les enjeux pour l'entreprise ne seront pas les mêmes. La finalité de l'entreprise est son propre développement. C'est à partir de là qu'elle peut évaluer la motivation d'un acteur social. La motivation qui retient l'attention de l'entreprise est liée étroitement à son mode de production et à son système d'intégration, c'est pourquoi les critères retenus s'appellent ***participation, implication, responsabilisation***. Ces critères qui indiquent une bonne intégration à l'organisation sont le signe d'une performance individuelle, surtout lisible à travers l'implication. La mobilisation et l'implication étant essentiellement obtenues grâce à un type de communication fondée sur des relations dirigeant/subordonné d'abord sous le signe de la maturité réciproque, ce qui, compte tenu des grilles hiérarchiques, est très difficile à mettre en œuvre, le subordonné ayant tendance à se mettre en situation de soumission infantile. Le développement de l'organisation passe par le dialogue social, qui a pour but d'harmoniser les activités et les acteurs, mais aussi de prendre en compte les motivations des salariés, y compris lorsque celles-ci sont liées à d'autres finalités.

Le comportement de démotivation est lié à une détérioration de la performance du salarié, à une capacité de communication amoindrie ou inexistante. Les indicateurs de démotivation utilisés avant les modifications entraînées par la situation prolongée de chômage étaient le turn over et l'absentéisme. Aujourd'hui, toutes les formes de présence passive peuvent être considérées comme particulièrement néfastes si l'on considère le poids des normes dans un groupe de travail et le processus de nivellement auquel il conduit. Il faut retenir que la démotivation n'est pas seulement un indicateur social, mais également le signe d'un trouble psychologique induit par la situation de travail. Autrement dit, donne une réponse purement sociale (modifier les conditions de travail par exemple) n'est pas suffisant tant qu'une négociation n'est pas conduite en relation avec les buts et les projets de l'organisation et des salariés.

De nombreux auteurs ont été tentés de lier motivation et satisfaction ; ce sont, en effet, deux concepts proches. Mais, si la satisfaction est un indicateur de la motivation, elle

n'est pas pour autant une cause de la motivation. La satisfaction est en rapport avec l'expérience vécue sur le terrain. C'est la satisfaction qui infléchit les buts et les projets parce qu'elle est en rapport avec les attentes et les aspirations du sujet.

Cependant, on a remarqué une absence de corrélation entre satisfaction et performance. Des salariés satisfaits peuvent être parfaitement improductifs. C'est plutôt l'importance de la performance qui conduit à la satisfaction car des progrès dans la performance d'un sujet entraîne une reconnaissance accrue ou renouvelée de la part des autres. Si néanmoins les organisations cherchent à améliorer le sentiment de satisfaction de leur salariés, c'est qu'elles en tirent trois sortes d'avantages :

- une diminution de l'absentéisme,
- une diminution du turn over,
- une amélioration du climat social.

Il faut par ailleurs remarquer que les facteurs de satisfaction et les facteurs d'insatisfaction ne sont pas les mêmes. Ceux qui apportent de **la satisfaction** sont de l'ordre de la reconnaissance en termes d'estime des autres, de promotions obtenues, de réussite reconnue dans la conduite d'actions... Ceux qui apportent de **l'insatisfaction** sont souvent extérieurs au sujet : l'encadrement, les conditions de travail, le salaire... Ainsi, être reconnu dans son milieu de travail, obtenir des signes de reconnaissance (encouragement, félicitations, promotion...) constitue le point d'articulation de la motivation et de la satisfaction.

2 PRESENTATION DU CONTEXTE DU CHU DE NANTES

2.1 L'organisation actuelle

2.1.1 L'organisation en pôles et la gestion de proximité

Outre son organisation en 19 pôles médicaux et logistiques, le CHU de Nantes se décompose en sept établissements de taille, de capacité d'hébergements et caractéristiques médicales très différentes. L'ensemble de l'institution compte près de 3 270 lits et places, et emploie environ 7 260 personnels non médicaux et 620 personnels médicaux. En 2002, l'activité médicale représentait quelques 89 700 entrées aux urgences et 300 000 consultations externes. Le taux d'occupation des lits était de 86,45% ; la durée moyenne de séjour en MCO était de 5,9 jours, en légère augmentation par rapport aux années précédentes.

La mise en place de la gestion de proximité au CHU de Nantes répond à trois objectifs : mieux suivre la gestion, repenser l'organisation en la décloisonnant et développer une politique de management fondée sur l'aspiration des personnels à être acteurs des pratiques de gestion, sur la simplification des circuits décisionnels et sur l'appropriation par les personnels d'une logique contractuelle. La mise en œuvre de cette démarche de décentralisation prend en compte un parti pris audacieux, puisque le lancement du processus a été engagé alors même que l'ensemble de problèmes posés par la restructuration n'était pas encore réglé. La direction générale a accéléré le processus de déconcentration en postulant que l'expérience pratique permettra de gagner du temps par rapport à une démarche plus traditionnelle. Les principes de l'organisation en pôles, réaffirmés dans le nouveau projet d'établissement 2003-2007, s'articulent sur trois axes : **la subsidiarité** - toute décision susceptible d'être prise sur le terrain avec plus de pertinence doit être déconcentrée ; **l'intéressement** – les pôles bénéficieront d'un retour sur les résultats (positifs ou négatifs) ; **la fongibilité** – les crédits délégués aux groupes 1, 2 et 3 pourront être réaffectés aux postes de dépenses prioritaires.

Le pôle est organisé sur la base **d'une fédération de service** (rapprochement d'activités médicales complémentaires, gestion commune des lits ou équipements, regroupement de moyens en personnels ; article L6146-4 du code de la santé publique) et **d'un centre de responsabilité** (mise en place de procédures de contractualisation interne ; article L6145-16 du code de la santé publique). L'organisation interne du pôle est construite sur trois piliers aux fonctions et compétences distinctes. **La direction du pôle** est l'organe décisionnel. Il est composé du médecin-directeur, du cadre supérieur de santé et du responsable administratif. Elle signe le contrat interne avec la direction générale, met en œuvre le projet médical, gère les moyens délégués et assume la politique générale du

pôle. **Le Conseil de pôle** est un organe inter catégoriel dont les membres sont élus. Il assure l'expression des personnels et participe à l'élaboration du projet médical ; Enfin, **le Comité Médical du pôle** est l'organe médical consultatif qui cherche à optimiser l'organisation médicale, à garantir la coordination des services au sein du pôle, à développer les bonnes pratiques médicales et à en assurer l'évaluation permanente.

2.1.2 L'organisation de la Direction du Personnel et des Relations Sociales (DPRS)

Depuis janvier 2000, la DPRS est pilotée par trois cadres de direction qui se sont répartis les différents départements fonctionnels^{9/10}.

Le premier secteur dirigé par le Directeur de la DPRS, regroupe les bureaux du personnel encore localisés dans les quatre gros sites hospitaliers du CHU (Hôtel Dieu, Saint Jacques, Hôpital Guillaume et René Laënnec et les hôpitaux périphériques dirigés depuis l'Hôpital Bellier) ainsi que le pôle formation comprenant trois domaines, les écoles et instituts situés sur le site de Saint Jacques bénéficiant d'une assez large autonomie, le bureau des stages et le bureau de la formation.

Il est à noter que les bureaux du personnel de site n'ont été rattachés hiérarchiquement à la DPRS que très récemment, après la généralisation de l'organisation en pôles. Précédemment, ces bureaux et les personnels qui en dépendent, étaient sous l'autorité directe des directeurs de sites et n'avaient que des liens fonctionnels avec la direction centrale de la DPRS. Ces bureaux décentralisés ont pour principale mission la gestion des renouvellements de contrats des personnels contractuels affectés sur les sites. Ils s'assurent également que les dates de début et fin de contrat sont respectées et veillent au respect des échéances liées aux évaluations intermédiaires réalisées par les cadres de proximité en vue des renouvellements. Par ailleurs, les personnels des bureaux de site saisissent les variables de paie des pôles dont ils ont la supervision après que les cadres leur ont transmis les fiches mensuelles de suivi des présences¹¹. Enfin, en début de mois, les responsables des bureaux de site centralisent et contrôlent les demandes de mensualités de remplacements faites par les pôles. Ils les pré-valident lors de réunions contradictoires, puis les transmettent à la DPRS pour un second contrôle et une validation finale.

Le deuxième secteur, encadré par une directrice adjointe, gère les questions relatives aux carrières et statuts (mise en stage et nomination, organisation et suivi des commissions administratives paritaires, enregistrements et contrôle des arrêts maladie et

⁹ Cf. Organigramme en annexe 7

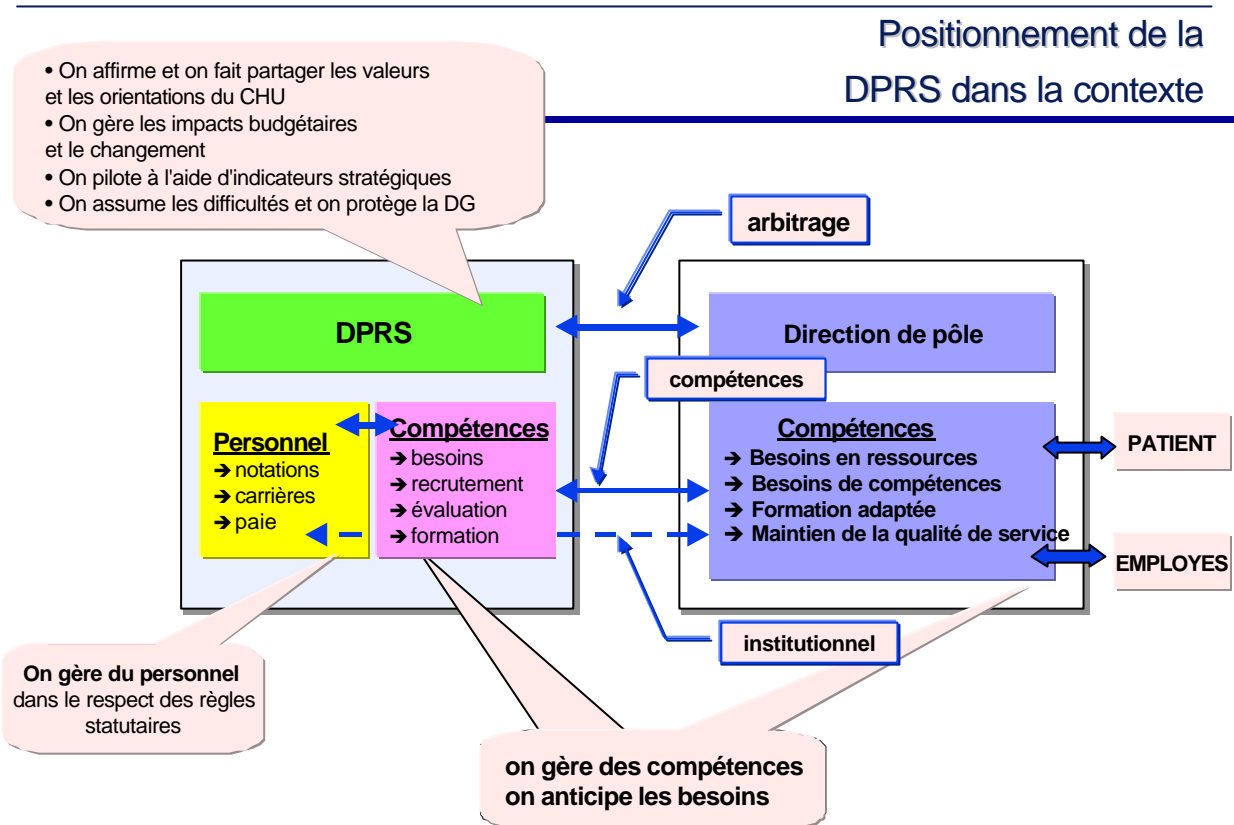
¹⁰ Cf. Tableau des effectifs rémunérés et ETP juin 2003 – annexe 8

¹¹ Fiche G11

accident de travail, gestion des départs et des dossiers de retraite et gestion administrative et archivage des dossiers des agents), ainsi que la paie et la gestion des allocations perte d'emploi et les œuvres sociales (crèche et CGOS). Il s'agit des services qui gèrent les besoins administratifs du personnel durant sa période d'activité au CHU de Nantes.

Le troisième secteur, également dirigé par un directeur adjoint, est responsable des recrutements (centralisation des besoins exprimés par les services, sélection des candidats sur dossier, organisation des sessions d'entretien, gestion du portefeuille des postulants retenus), de la gestion des emplois (affectation dans les services, gestion de la mobilité interne), de l'organisation et du suivi des concours et des contrats spéciaux (emplois jeunes et apprentis). Il gère également le suivi du budget et des dépenses de personnel de tous le CHU. Ces activités hétérogènes visent à mettre en adéquation les besoins des services et les emplois disponibles ou non, tout en respectant une enveloppe budgétaire par définition restreinte.

Les enjeux de la fonction « ressources humaines » peuvent se présenter selon le schéma suivant, intégrant tant les prestations offertes par la DPRS que les besoins exprimés ou non par les responsables de pôles.



En terme de localisation géographique, les services de la DPRS sont majoritairement situés dans le bâtiment Deurbroucq à la direction générale du CHU de Nantes. Toutefois, du fait de l'architecture de l'immeuble, les bureaux, très cloisonnés, sont répartis sur trois niveaux, ce qui rend difficile toute communication inter services et toute transmission directe d'information entre les cadres.

Par ailleurs, les plus petits établissements du CHU (La Seilleraye, La Placelière, la Maison Beauséjour et la Maison Pirmil), qui pour certains sont assez éloignés de Nantes, n'accueillent pas sur leur site de correspondant local de la DPRS. Les agents qui y sont affectés doivent s'adresser au bureau du personnel de l'Hôpital Bellier pour toutes les questions qui relèvent de cette direction.

L'ensemble de ces services représente au mois de juin 2003 de façon théorique quelques 131 ETP dont seulement 95 effectifs rémunérés. Toutefois, certains de ces personnels ne sont pas réellement affectés à la DPRS, mais mis à disposition d'employeurs extérieurs (Ecoles de formation, syndicats...). Ainsi, le personnel effectivement dépendant de la DPRS est au nombre de 81 ETP et 80 agents rémunérés. Cette direction doit assurer la gestion quotidienne des 7 260 dossiers d'agents de la fonction publique hospitalière du CHU, ainsi qu'organiser et suivre les 1 400 à 1 500 recrutements (toute catégorie et tout statut confondus) constatés chaque année. La gestion des personnels médicaux est prise en charge par la Direction des Affaires Médicales.

On peut noter à ce niveau que les ETP affectés à la DPRS représentent 1,11% des effectifs de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) rémunérés globaux et 1,10% si l'on ne prend en compte que les agents réellement rémunérés. A titre de comparaison et toute proportion gardée, les personnels affectés à la direction des ressources humaines du CHRU de Lille représentent environ 1,05% des effectifs FPH rémunérés (9 500 dossiers agents environ). Le ratio standard communément admis pour les effectifs liés à la fonction ressources humaines des EPS est de 1% (+/- 0,2%) des effectifs FPH rémunérés. De même, les volumes annuels de nouveaux recrutements du CHU de Nantes sont supérieurs à ceux observés dans d'autres établissements de même type, ce qui est sources d'une surcharge de travail pour les personnels de la DPRS et d'un inévitable mécontentement de la part des personnels des services de soins du fait d'un turn over incessant.

En 2002, les dépenses de personnel représentent environ 325 640 000 euro soit une progression de la masse salariale de +5,82% par rapport à l'exercice précédent. Cette augmentation représente en valeur absolue, une dépense supplémentaire de + 17,92 millions d'euro. Les dépenses de personnel de la fonction publique hospitalière ont atteint environ 262 120 000 euro à la clôture de l'exercice 2002, soit une progression de + 5,44% par rapport au compte administratif 2001, représentant une majoration de + 13,52 millions d'euro. Par ailleurs, les dépenses de personnel médical, constatées à hauteur de

63 521 000 euro ont augmenté de + 7,44% présentant en valeur un volume financier de + 4,40 millions d'euro.

Malgré cette progression constante des moyens alloués aux ressources humaines, les résultats demeurent médiocres (longueur des processus de recrutement, absence de procédure claire et identique pour tous les acteurs de la DPRS, indicateurs multiples et divergents...), alors que le mécontentement des personnels est de plus en plus important (sentiment de manque de personnels dans les services de soins, sentiment d'erreur dans les fiches de paie, sentiment de rupture du dialogue social...). Ainsi, le taux d'absentéisme relevé dans le bilan social connaît une croissance constante, pour atteindre en 2002 une moyenne de 22,8 jours d'absence par agent.

2.2 Les dysfonctionnements observés

Les entretiens menés à l'occasion de cette étude permettent de cibler un certain nombre de dysfonctionnements dans l'organisation de la DPRS d'une part, mais également dans la gestion des ressources humaine de façon plus large d'autre part. Il est à noter que le rapport de synthèse rédigé suite aux visites des experts de l'ANAES en juillet 2001 soulignait déjà le même type de dysfonctionnements.

2.2.1 Des dysfonctionnements d'ordre général

D'une façon générale, l'on constate que les missions et les responsabilités en matière de GRH ne sont pas clairement établies entre les différents niveaux décisionnels que sont la DPRS, les bureaux du personnel de site et les responsables des pôles.

De même, les processus étudiés ne sont pas ou peu formalisés. Aucun acteur n'arrive à présenter une vision globale et transversale de la GRH. Les outils de gestion existants (le tableau des emplois permanents, la bible nominative, le tableau de bord du GIE IRISS, etc.) sont d'une interprétation complexe et très souvent confondus par les multiples utilisateurs.

A tous les niveaux, la gestion du personnel est réalisée en terme quantitatif et rarement en terme qualitatif impliquant l'expression d'un besoin en matière de compétences évaluées grâce à des critères objectifs et mesurables. L'anticipation quantitative et qualitative des besoins à 6 ou 12 mois est rare. Ce manque de prévision génère un constant et important décalage d'interprétation des demandes entre les services et la DPRS. Ce phénomène génère une gestion des personnels dans l'urgence et la précipitation.

La gestion des personnels n'est pas monétisée, alors que le projet de mise en place des pôles prévoit une délégation de responsabilité et de gestion. De ce fait, les impacts financiers sont peu connus et la culture économique est absente des préoccupations des gestionnaires, hormis les secteurs paie et budget.

La direction générale du CHU a voulu rompre avec la gestion précédente en mettant rapidement en place la nouvelle organisation en pôles. Cependant, la généralisation à l'ensemble du CHU de Nantes des expérimentations des pôles pilotes, n'a pas été précédée d'une réelle évaluation, ni d'une remise à plat des processus clés. Le changement culturel nécessaire pour le déploiement n'a pas été géré en mode projet. Ce manque méthodologique a entraîné une juxtaposition d'organisations, entre les circuits ou entités précédents maintenus et de nouveaux circuits et processus correspondant à la logique de décentralisation et de gestion de proximité. L'inflation actuelle des coûts, des dysfonctionnements et des mécontentements peut, en partie, être expliquée par la cohabitation de ces deux systèmes incompatibles l'un et l'autre.

Les préoccupations majeures formalisées par les cadres de la DPRS concernent tout ce qui touche à la communication. Le nombre d'interlocuteurs a considérablement augmenté depuis la mise en place des pôles, passant de quatre responsables de bureaux de personnels de site centralisant l'ensemble des informations nécessaires à la gestion quotidienne des agents aux 19 « triumvirats » responsables de pôles auxquels s'ajoutent les responsables des bureaux du personnel, les directeurs de sites, les directeurs référents les directeurs de soins référents...

La croissance du nombre de partenaires s'est également complexifiée par le manque de clarté et d'homogénéité dans la définition des missions et responsabilités de chaque acteur. Les circuits entre les services (les bureaux de site et la DPRS) sont nombreux et peu connus, générant d'importants retards dans les transmissions, des erreurs, doublons ou omissions. Cette difficulté semble encore plus prégnante pour la gestion des dossiers des personnels travaillant dans un pôle multi-sites.

Enfin, les agents des services centraux de la DPRS ne se sentent pas reconnus dans leur travail, ni par l'institution ni par les autres personnels du CHU. Ils ont le sentiment d'être les parents pauvres du CHU et de n'être mis en avant qu'à l'occasion d'une erreur ou d'un oubli dans la gestion du dossier d'un agent.

2.2.2 Des dysfonctionnements des micro-processus de GRH

La gestion des tableaux d'effectifs

La difficulté majeure de la gestion des tableaux des effectifs est la confusion des outils par les acteurs de terrain. En effet, trois documents différents sont utilisés pour la gestion des effectifs. Le premier, le tableau des emplois permanents (TEP), présente l'ensemble des postes budgétés répartis par pôle, par service et par grade ou métier. Il est principalement utilisé par les personnels de la DPRS. La Bible est un document plus complet qui reprend les éléments du TEP en précisant le nom des agents affectés sur les postes et le pourcentage de temps de travail dont ils bénéficient. Cette Bible est l'outil privilégié des cadres de proximité et des cadres de santé responsables de pôle. Enfin, le tableau de

bord mensuel du GIE IRISS complète les données de la Bible en y rajoutant des notions financières sous la forme d'écarts entre le nombre de postes budgétés et celui des ETP réellement consommés sur la période. Ce document a vocation à devenir le tableau de référence de tous les acteurs de GRH. Il est actuellement principalement utilisé par le directeur adjoint de la DPRS et la responsable chargée du suivi du budget du personnel. Ces trois outils ne présentant pas exactement les mêmes données, chaque acteur justifie ces demandes, besoins ou dépassements sur les chiffres qui lui convient le mieux. De même, alors que les responsables de service parlent de postes en tant que personnes physiquement présentes à leur travail (gestion des tableaux de service), les responsables de la DPRS parlent ETP et effectifs rémunérés. Les écarts sont donc inévitables et générateurs d'incompréhensions et de frustrations réciproques.

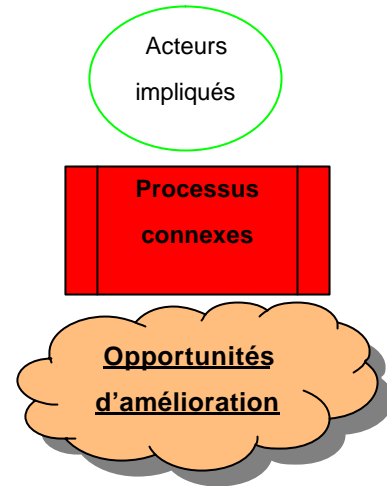
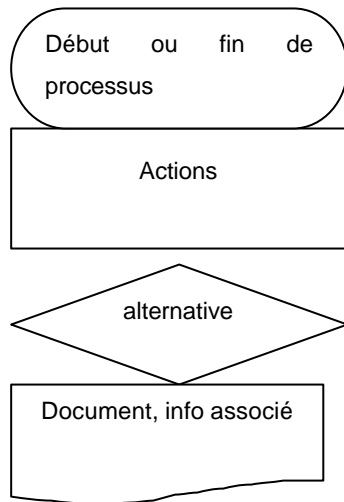
La réalisation ou la refonte du TEP des pôles est programmée tous les ans à partir d'avril. Cette procédure relativement longue ne s'achève qu'en novembre, lors de la notification officielle du nouveau TEP aux responsables de pôles. Cette démarche implique plusieurs étapes d'examen, d'arbitrages et de validation par la direction générale et les instances. Là encore, la méconnaissance des processus perturbe le bon déroulement des travaux. De plus, les besoins exprimés par les pôles semblent insuffisamment précis ou insuffisamment justifiés. Ils sont communiqués à la DPRS en retard, souvent après les dates souhaitées, ce qui ne permet pas un examen global des demandes, ni une première ébauche de répartitions des moyens. Aussi, les réunions contradictoires entre les responsables de pôles et la DPRS ne permettent que d'enregistrer les besoins, d'échanger des argumentaires et éventuellement d'accorder la reconduction des moyens déjà en place. Mais, une nouvelle fois, la méconnaissance des circuits décisionnels et le manque de clarté des acteurs génèrent des dysfonctionnements importants. En effet, certains responsables de pôle considèrent que leurs demandes de créations d'emplois ou de modifications de postes sont accordées dès la fin de la première rencontre d'avril et souhaitent que les recrutements qu'ils avaient envisagés soient mis en œuvre très rapidement. De nouvelles explications et réclamations sont donc nécessaires pour repositionner l'élaboration du TEP sur une plus grande période et une application effective des nouveaux effectifs qu'en début d'année N+1.

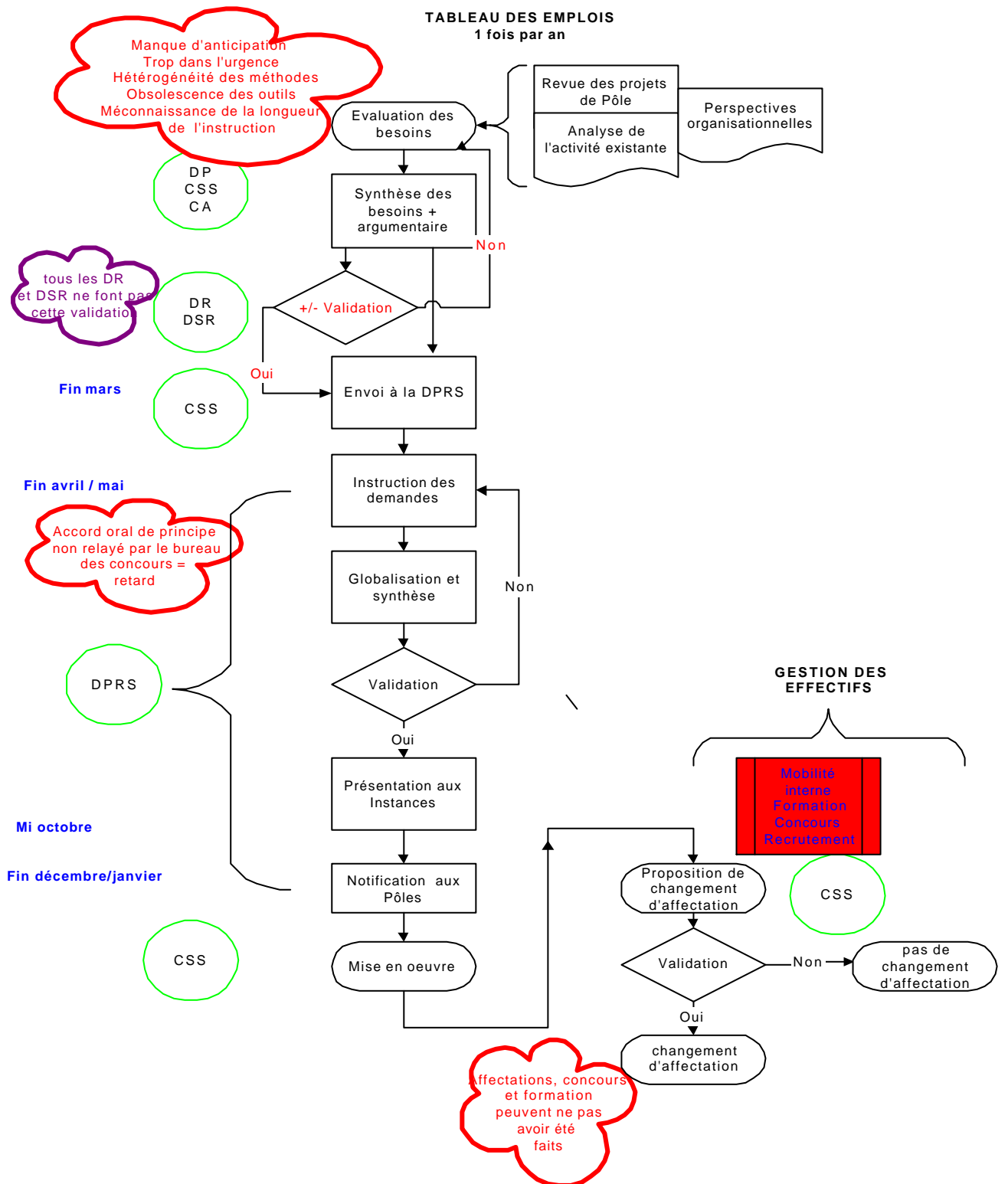
A ce manque d'anticipation de certains pôles s'ajoute un manque de réactivité de la DPRS qui malgré la longueur de la procédure n'arrive pas toujours à communiquer à temps les moyens attribués aux pôles. Les effectifs 2003 ont, par exemple, été communiqués aux pôles qu'à la fin du mois de mars, soit trois mois après le début de l'exercice budgétaire.

Par ailleurs, il arrive également que les directeurs de pôle s'étant vus refuser par la DPRS de nouveaux moyens humains négocient directement avec la Direction Générale et obtiennent par cette voie détournée des circuits hiérarchiques normaux de nouveaux

effectifs. Si cette pratique satisfait à court terme ces acteurs, elle décrédibilise tout le circuit décisionnel et perturbe considérablement l'organisation fragile de la DPRS.

Légende des schémas des processus RH



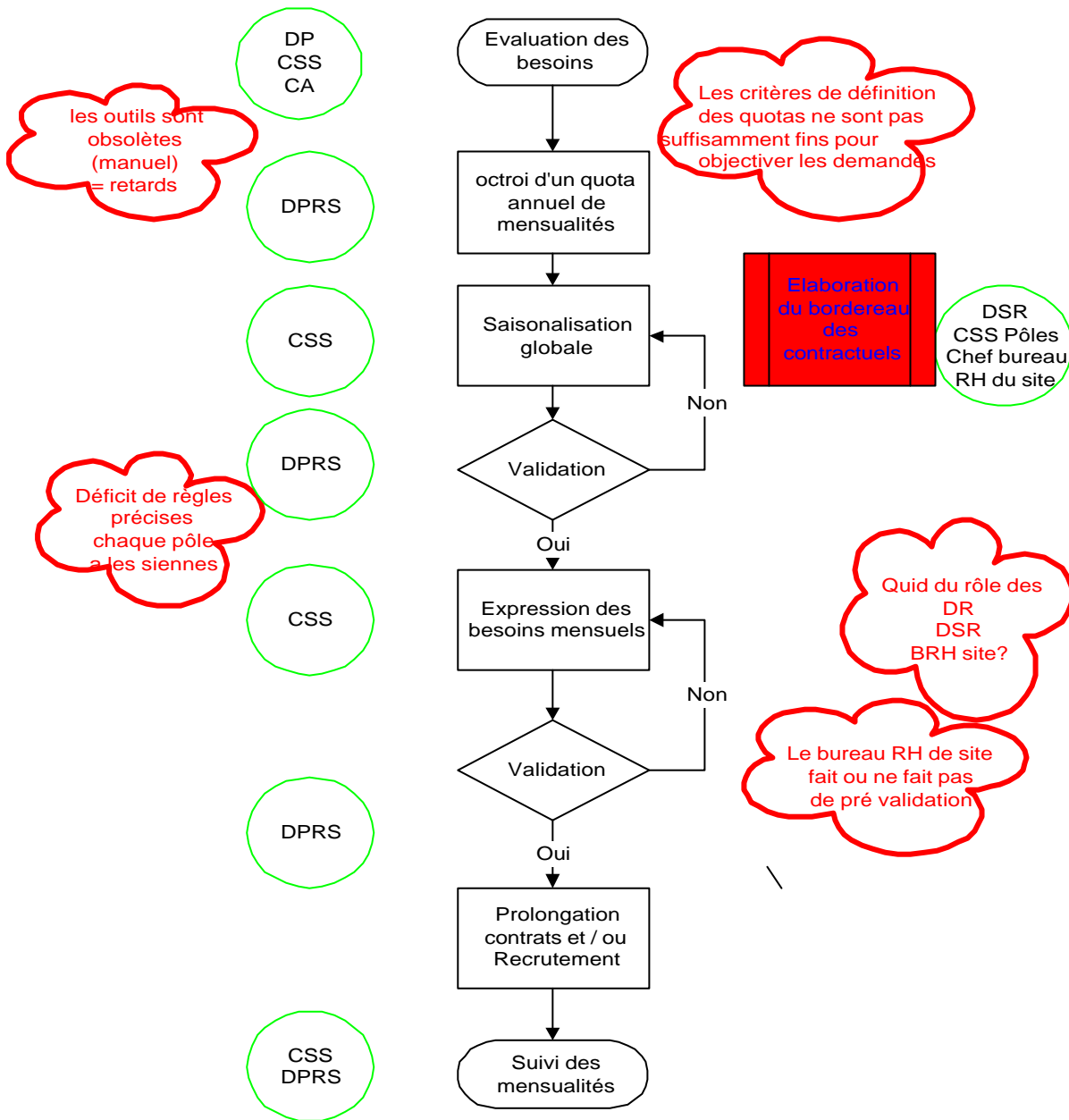


La gestion des remplacements

La gestion des remplacements dans les services est réalisée par l'octroie d'un volume annuel de mensualités. Les quotas accordés aux pôles font l'objet d'une négociation annuelle avec la DPRS. Les bases de la discussion portent sur les consommations de mensualités des années antérieures, les prévisions d'activité pour l'année à venir et les prévisions d'absences déjà mesurables au moment des négociations (absences maternité, formations professionnelles...). Le plan d'économie engagé au CHU de Nantes a entraîné en 2003 une réduction significative du nombre de mensualités accordées à chaque pôle d'une hauteur de 10% environ.

Le volume annuel est ensuite saisonnalisé par les responsables du pôle en fonctions de leur historique de remplacements et de leurs besoins prévisionnels. Cette saisonnalisation est communiquée à la DPRS via les bureaux du personnel de site. Tous les mois, ces derniers organisent une réunion avec les pôles pour centraliser les besoins réels de mensualités du mois suivant. Les demandes des pôles pour être prises en compte doivent s'inscrire dans le quota annuel et la saisonnalisation prévisionnelle. Cependant, aucune validation n'est faite à l'occasion de cette première rencontre, malgré la croyance et/ou le souhait des cadres du pôle. Les besoins consolidés sont ensuite transmis à la DPRS pour validation et notification officielle aux pôles vers le 15 ou 20 du mois. Outre le caractère tardif de l'information, les mensualités accordées ne répondent pas toujours aux besoins exprimés par les pôles qui se plaignent d'un manque de concertation et de transparence dans le processus d'attribution, alors même que leurs demandes restent dans les quotas, la saisonnalisation prédéfinis et qu'ils relèvent de besoins parfaitement justifiés.

GESTION DES REPLACEMENTS



Le recrutement et les affectations

Le processus de recrutement est marqué d'une part par une forte parcellisation de certaines tâches et d'autre part par une centralisation excessive d'autres missions.

En effet, pour une partie des étapes du recrutement les acteurs concernés sont nombreux et de niveau hiérarchique varié. Ainsi, les besoins sont déterminés par le cadre de proximité qu'il les présente à ses responsables de pôles. Ils sont alors validés par le responsable du bureau du personnel de site avant d'être communiqués au bureau des recrutements à la DPRS qui les centralise. Les candidatures de recrutement doivent nécessairement être transmises à la DPRS pour étude préliminaire et pré sélection sur dossier. Toutefois, les dossiers pour les postes non qualifiés, sont directement communiqués à l'Agence Nationale Pour l'Emploi (ANPE) avec laquelle le CHU de Nantes a conclu un accord de partenariat. C'est cette dernière qui réalise les premiers contacts et sélections avant de proposer à la DPRS les candidats les plus à même de répondre aux caractéristiques des postes proposés. Le choix des candidats s'opère après un entretien de sélection assuré par un cadre supérieur spécifiquement formé à cette fonction. Actuellement une quinzaine de cadres de santé, administratif et des services logistiques réalisent ces entretiens de recrutement. A la fin de l'entretien, le cadre doit être en mesure de valider ou non la candidature sur une échelle à trois niveaux (1 = retenu sans réserve, 2 = retenu avec réserve qu'il faudra lever, 3 = non retenu) et d'indiquer de façon claire quelle serait l'affectation la plus propice à ce candidat par rapport à ses compétences, son expérience et son projet professionnel. Le dossier est ensuite repris par le bureau des recrutements de la DPRS et conservé dans un portefeuille de candidatures.

Lorsque les besoins en personnel exprimés par les services sont validés par la DPRS, la personne responsable des recrutements vérifie que les budgets alloués permettent l'embauche immédiate d'un candidat ou que des restrictions ponctuelles obligent à un certain retard pour la prise de poste. Cette vérification réalisée, elle puise dans le vivier des candidatures toujours actives et affecte le postulant dans le service demandeur en tenant compte au maximum des avis précédemment émis à la suite de l'entretien de sélection. L'affectation dans les services n'implique ni le cadre supérieur ni le cadre de proximité. Tous deux sont informés par le responsable du bureau du personnel de site de l'arrivée de leur nouvelle recrue que très tardivement ; en général quelques jours avant la prise de poste. Une nouvelle procédure en cours d'élaboration devrait permettre à la DPRS de présenter aux responsables de pôles une petite sélection de deux ou trois candidats correspondant aux critères du pôle pour qu'ils réalisent le choix final. Les contractuels assurant le remplacement de titulaires absents, et qui voient leur contrat prolongé à la suite du retour du titulaire, sont gérés par les bureaux du personnel de site

et par le bureau du recrutement de la DPRS ; mais toujours sans l'implication des responsables para-médicaux, administratifs ou logistiques des pôles concernés.

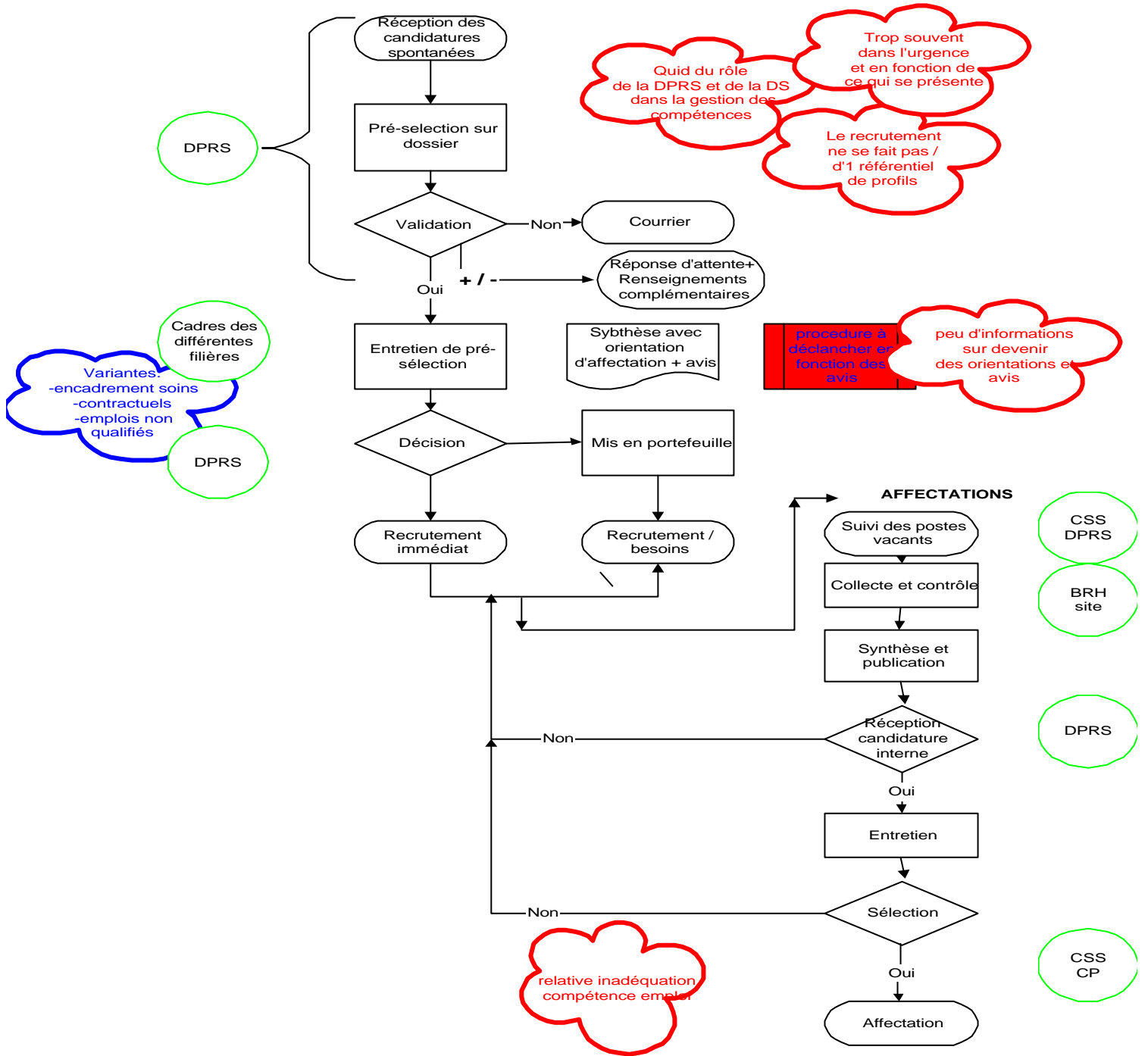
La procédure de recrutement ainsi élaborée est décrite comme longue à mettre en œuvre et peu réactive aux besoins ponctuels urgents. Les délais s'allongent encore un peu plus pour certains postes très concurrentiels tel les IDE, ASH et AS contractuels par exemple ; alors qu'il serait quasiment nul s'il s'agissait de recrutements par mutation ou suite à concours.

Les mobilités internes des agents qui peuvent être considérées comme une autre source d'affectation des personnels, rencontrent également certains dysfonctionnements. Organisées quatre fois par an, ces mobilités répondent à la fois aux demandes des agents, à la nécessaire acquisition de compétences nouvelles et aux besoins des services. Ainsi tout agent affecté à un poste peut être appelé en cas d'urgence à renforcer une autre équipe pour la sécurité des soins et des services. Le projet social du CHU de Nantes prévoit de mieux répondre aux besoins de mobilité du personnel par un renforcement des processus de mutations internes. Actuellement, l'organisation des mobilités passe par un circuit complexe d'intermédiaires plus ou moins bloquant et plus ou moins décideurs. L'expression des besoins et la notification des postes vacants sont réalisées par le cadre de proximité qui en informe le cadre supérieur du pôle pour consolidation. L'information est transmise au responsable du bureau du personnel de site qui centralise l'ensemble des besoins de son aire géographique et les communique au bureau des recrutements de la DPRS. Une fois contrôlés, les postes vacants sont publiés auprès de l'ensemble des personnels du CHU. Les candidats à mutation doivent engager une démarche officielle auprès de leur cadre de proximité en leur demandant une fiche de mobilité qu'ils leur rendront une fois complétée. Cette fiche est transmise au bureau du personnel de site, puis centralisée à la DPRS et redistribuée dans les services demandeurs. Parallèlement et avant même que la fiche individuelle de l'agent ne soit arrivée dans le service demandeur, cet agent prend contact directement avec le cadre pour un entretien individuel. Ce dernier se doit de rencontrer tous les postulants et d'établir une liste des candidats qu'il souhaiterait retenir dans son service. Le choix de l'affectation finale revient au candidat qui peut postuler sur plusieurs mobilités et qui aurait été retenu par plusieurs cadres. Une fois l'affectation définitive validée par la DPRS, le service d'origine de l'agent bénéficiant de la mobilité peut encore bloquer la mutation effective de ce dernier en attendant un éventuel recrutement extérieur, tant que ces propres postes ne sont pas attribués. Ce processus soulève plusieurs difficultés et sources de mécontentements.

Dans un premier temps, le circuit de remontée des besoins et de publication des postes à pourvoir est très long et lourd à mettre en place du fait de la multitude d'intervenants. Dans un deuxième temps, le circuit des candidatures via le cadre de proximité du service

émetteur peut être un facteur de limitation des demandes de mobilité. En effet, certains agents par crainte des réactions négatives de leur cadre à l'annonce de leur souhait de changement peuvent s'auto censurer et ne pas poser leur candidature. De même, alors que toute la procédure a été menée jusqu'au bout sans difficulté, la possibilité qu'a le cadre du service émetteur de bloquer la mutation rend cette longue démarche totalement stérile et frustrante tant pour l'agent que pour le service demandeur. Enfin, la mobilité interne entraîne aussi parfois des effets pervers dans les services émetteurs. Ainsi par exemple, les services de gériatrie et certains services administratifs peu attractifs ont de grandes difficultés pour garder leur équipe sur le moyen terme, une fois les agents formés et opérationnels. La mobilité interne facilite le turn over et génère de constants besoins en nouveaux personnels.

RECRUTEMENT



La gestion opérationnelle des ressources humaines

La gestion opérationnelle des ressources humaines relève exclusivement des cadres de proximité et des cadres supérieurs des pôles. A ce titre, la DPRS n'a aucune vision des modes de management mis en œuvre sur le terrain. De même, les directeurs et les cadres administratifs de pôles déclarent ne pas s'occuper de cette gestion des personnels ; les premiers car n'ayant pas les compétences en la matière et les seconds du fait que cette mission ne leur a pas été confiée. Les responsables des services centraux de la DPRS se plaignent que leurs collègues des services mettent en œuvre une gestion de proximité sans réellement respecter les procédures du CHU et même parfois en ne respectant pas la législation hospitalière. Cette méconnaissance des règles et leur mauvaise application sont sources d'importants retards dans la gestion des dossiers et de tensions ou conflits avec les partenaires sociaux.

La GPEC, l'évaluation et la formation

La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) n'est pas suffisamment développée au sein du CHU. Les responsables opérationnels et de direction ont conscience de ce manque, mais n'ont pas encore pu mettre en place des outils performants d'anticipation des besoins. La GPEC du CHU de Nantes, directement liée au budget alloué pour un exercice donné, ne prend pas assez en compte les évolutions prévisibles des métiers, des technologies et des besoins des services à moyen et long terme.

Le seul document pouvant être utilisé à cette fin est le Tableau des emplois permanents qui, nous l'avons vu précédemment, est souvent mal utilisé par les cadres de proximité et les cadres supérieurs des pôles. De plus ce tableau ne tient pas compte des compétences requises, mais ne présente que la qualification des grades et des postes affectés dans les services.

Par ailleurs, les évolutions personnelles et professionnelles des agents ne sont pas évaluées, ni même enregistrées dans leur dossier administratif. Ainsi, aucun suivi des parcours individuels n'est mis en œuvre ; ce qui ne permet ni une programmation d'évolution de carrière, ni une mise en adéquation entre les besoins spécifiques exprimés par les services en matière de compétences et la disposition par certains agents de ces mêmes connaissances approfondies.

L'évaluation des personnels relève de la gestion déconcentrée et plus particulièrement du cadres de proximité, du cadre supérieur de pôle et du directeur de pôle. Le cadre administratif du pôle n'intervient pas dans la gestion de ce dossier. Deux outils sont utilisés pour les évaluations annuelles, d'une part la fiche réglementaire de notation et d'autre part une fiche d'évaluation des objectifs et performances individuels des agents. Ces deux documents sont renseignés par le cadre de proximité à la suite d'un entretien individuel et contradictoire avec l'agent, avant d'être transmis pour validation et

complément aux deux responsables du pôle (cadre supérieur et directeur). Une fois remplies, toutes les fiches sont communiquées au bureau du personnel de site qui les centralise avant de les transférer à la DPRS pour archivage dans les dossiers individuels des personnels. Le circuit de ces évaluations et notations pose également quelques difficultés. Il apparaît que certaines de ces pièces sont toujours manquantes à seulement quelques jours de la Commission Administrative Paritaire (CAP), sans que l'on sache quel acteur les a conservées et depuis quand. Cette absence de document dans le dossier des agents est préjudiciable et peut bloquer leur évolution professionnelle jusqu'à la CAPL suivante.

Le dialogue social

La notion de dialogue social au CHU de Nantes est intimement liée au poids des représentations syndicales dans l'institution. Les différents acteurs rencontrés se sont en première intention arrêtés sur ce paramètre, sans même envisager d'autres formes de dialogues sociaux.

Quel que soit le niveau hiérarchique, la fonction exercée ou le lieu d'affectation, l'omniprésence syndicale semble un facteur limitant pour la bonne gestion des équipes. L'encadrement de proximité, se plaint d'une certaine ingérence des partenaires sociaux dans l'organisation quotidienne des services et d'un manque d'informations ou de consignes de la part de leurs supérieurs hiérarchiques, en particulier de la DPRS. Les responsables de pôle et les responsables des bureaux du personnel des sites, quant à eux, n'ont quasiment aucune relation avec les représentants du personnel qui négocient directement avec les directeurs référents et les directeurs de la DPRS. Le rôle des directeurs référents et des directeurs de sites dans le dialogue social consiste à apaiser les tensions naissantes en relançant des discussions et un dialogue. Ils n'ont pas de pouvoir de décision engageant le CHU. Ils doivent orienter le débat sur les thèmes prioritaires, proposer des solutions, aplanir les difficultés et incompréhensions mutuelles. Ainsi, les négociations avec les partenaires sociaux sont rapidement orientées vers les responsables de la DPRS qui ont seuls délégation du Directeur Général sur ces responsabilités. Là encore, le pouvoir syndical est particulièrement puissant au CHU de Nantes, puisque la direction de la DPRS est-elle aussi rapidement mise à l'index par les responsables syndicaux qui exigent et ont très souvent obtenu de discuter directement avec le DGA et plus souvent encore avec le DG. Phénomène plus récent, certaines organisations syndicales ont encore gravi un échelon dans la négociation en interpellant violemment en séance le Président du CA, sans avoir au préalable présenter leurs revendications selon la voie traditionnelle. De même et sur des préoccupations identiques, le Directeur de l'ARH a également été rencontré et chahuté à plusieurs reprises, situation une nouvelle fois inédite. Ces prises de positions de plus en plus extrémistes dans les revendications, contribue à une forte dégradation des relations entre

la direction, l'encadrement et les personnels. La perte des repères traditionnels du dialogue social et l'absence de confiance dans la hiérarchie, accentuent les difficultés structurelles et opérationnelles que rencontre le CHU, comme toute organisation humaine de même niveau.

Hormis le dialogue social lié aux difficiles relations syndicales, les pôles ont mis en place des instances internes de discussion : les conseils de pôles et les comités médicaux de pôles. La première instance regroupe des représentants élus de tous les personnels du pôle et des différents services qui le composent. Lieu d'échange et de concertation, le conseil de pôle réfléchit et présente les orientations stratégiques non médicales. C'est également un lieu de bilan des activités de l'année, de présentation des budgets, des crédits de remplacements alloués pour l'exercice... La seconde instance à caractère exclusivement médical, n'aborde que les points liés aux activités médicales, aux orientations à courts et moyens termes, les investissements nécessaires et les recherches et formations à envisager. La composition de cette instance est définie par les textes relatifs à la constitution des fédérations et départements médicaux : sont membres les praticiens hospitaliers et les chefs de services du pôle. Après quelques années de fonctionnement, les responsables des pôles (directeur, cadre de santé, cadre administratif et directeur référent) reconnaissent que ces deux instances commencent à prendre leur rythme de croisière et à jouer correctement le rôle de dialogue que l'institution attendait d'elles. Les membres qui participent aux réunions, sont de plus en plus actifs lors des rencontres et n'hésitent plus à présenter leurs points de vue, remarques et suggestions.. Cependant, ces mêmes responsables regrettent que les participants n'aient pas encore pris toute la mesure de leur mission et n'assument pas assez le transfert d'informations auprès des pairs qu'ils représentent.

Ainsi, alors que des décisions ont été prises en commun lors de réunions de travail, les autres personnels se plaignent de n'être jamais informés des changements en cours et des projets à venir. L'information des agents passe encore, malgré le caractère participatif du conseil de pôle, par la voie hiérarchique de façon descendante ; alors qu'elle serait sans doute mieux portée par un collègue de même niveau. Ce manque de maturité des acteurs peut s'expliquer là aussi par le fort poids syndical et la crainte de devoir affronter des partenaires sociaux, sans en avoir ni la responsabilité ni la formation.

2.3 Les facteurs de progrès

Alors que des dysfonctionnements dans l'organisation de la gestion des ressources humaines viennent d'être pointés, il serait une erreur de ne pas signaler les facteurs positifs observés lors de nos investigations.

Ainsi, la participation des acteurs à cette étude a toujours été volontariste. Les personnes interrogées se sont montrées impliquées et transparentes sur leur mode de

fonctionnement professionnel, les difficultés qu'elles rencontrent et les besoins de changements qu'elles aimeraient voir satisfaire. Un climat constructif s'est dégagé lors des entretiens, avec une volonté réciproque d'un « parler vrai ». De même, les acteurs semblent très attentifs aux organisations en place, en reconnaissent les faiblesses et leurs attentes d'améliorations sont fortes. Lors des entretiens, les personnes rencontrées se sont déclarées motivées et prêtes à engager de profondes mutations dans leurs modes d'organisation actuelle.

La formation des personnels semble le secteur de la DPRS au fonctionnement le mieux abouti du processus de décentralisation. A tous les niveaux, l'organisation mise en place semble répondre aux besoins des personnes interrogées. Pour ce faire, une importante part des budgets de formation (50%) est directement allouée aux pôles, qui peuvent l'utiliser pour des actions entrant de la cadre du plan de formation annuel. Les actions plus spécifiques, hors champs de l'enveloppe déléguée, sont gérées par le bureau des concours et des formations de la DPRS. Afin d'optimiser les crédits attribués aux pôles, des rapprochements de services inter pôles sont possibles et même encouragés et mis en œuvre. L'anticipation et la réactivité du service formation de la DPRS répondent aux besoins des responsables des pôles de manière efficace. La procédure doit cependant être améliorée dans la mesure où certains pôles ne respectent pas les délais dans l'envoi des demandes de formation et laissent partir des personnels en séminaire ou congrès, sans avoir reçu l'accord de la DPRS, ni sa validation des prises en charge financières des séjours. De même, il arrive parfois qu'une fois le budget alloué soit épuisé, certains pôles continuent de programmer des formations, congrès et séminaires, charge à la DPRS de trouver a posteriori des crédits sur d'autres comptes budgétaires. Le bon fonctionnement du circuit des formations peut aussi s'expliquer par la réduction du nombre d'acteurs dans ce processus décisionnel, puisque n'interviennent que le bureau des formations de la DPRS et les responsables de pôles. Les bureaux de personnels et les directeurs de sites, ainsi que les directeurs fonctionnels de la DPRS ne sont pas directement impliqués dans cette gestion spécifique.

2.4 Le point de vue et les missions des acteurs

2.4.1 Les médecins - directeurs de pôle

Les directeurs de pôle se disent assez satisfaits de leur mission et de leur expérience de gestionnaire. Ils indiquent mieux comprendre les contraintes administratives pesant sur l'hôpital et souhaitent les faire partager à leurs collègues médecins.

Malgré leur motivation pour cette fonction de responsabilité, ils n'ont pas toujours les connaissances suffisantes pour approfondir les problématiques de gestion et d'encadrement des personnels, qu'ils délèguent assez facilement au cadre de santé du

pôle. De même, leur autonomie de négociation avec la direction du CHU reste encore assez limitée particulièrement en ce qui concerne les questions des ressources humaines.

Par ailleurs, la direction du pôle qui normalement doit s'inscrire dans un mi-temps professionnel, est très chronophage et peut s'avérer un frein à la carrière de son titulaire. Responsabilité encore mal connue du corps médical nantais, elle est totalement absente des références professionnelles nationales. Ainsi, les directeurs de pôle rencontrés ont indiqué ne plus pouvoir assurer correctement leurs activités de recherches ou de formations, être plus ou moins bloqués dans leur évolution professionnelle et se voir reprocher par leurs pairs leur position et responsabilité de gestionnaires, qu'ils refusent quant à eux de reconnaître et d'assumer.

2.4.2 Les cadres supérieurs de santé de pôle

Ces cadres supérieurs de santé se sont positionnés comme les véritables gestionnaires du pôle. En effet, leurs connaissances des équipes, des missions et procédures de soins ainsi que de l'organisation administrative du CHU, leur ont conféré une place stratégique au sein des pôles. Les cadres supérieurs sont les interlocuteurs privilégiés du directeur référent, des responsables des bureaux du personnel de site et de la DPRS. Ils supervisent ou contrôlent sur le terrain les affectations, les besoins de remplacements, l'organisation des formations, les mobilités internes...

Pièce maîtresse de l'échiquier des pôles, les cadres supérieurs se plaignent pourtant d'un certain manque de reconnaissance et de confiance de la part de la DPRS. Ils aspirent à un positionnement plus clair dans la hiérarchie tant administrative que soignante.

2.4.3 Les responsables administratifs de pôle

Les cadres administratifs de pôle assument une fonction essentiellement axée sur le contrôle de gestion et suivi budgétaire. Leur rôle dans la gestion des ressources humaines est minime alors même que certains d'entre eux souhaiteraient y être beaucoup plus associés. Une fiche de mission est en cours de réflexion et rédaction par la Direction des Affaires Financières, mais n'a pas encore fait l'objet d'une réelle concertation avec les acteurs concernés, ni avec les responsables de la DPRS.

2.4.4 Les cadres de proximité de pôle

Ce niveau d'encadrement garde les mêmes fonctions que dans l'organisation précédente, à savoir la gestion de proximité des équipes, le suivi des plannings, le contrôle du travail... la mise en place des pôles ne semble pas avoir modifié leurs modes de fonctionnement au quotidien, ni les attentes qu'ils peuvent exprimer auprès de la DPRS et des bureaux du personnel de site.

2.4.5 Les responsables des bureaux du personnel de sites

Précédemment sous la responsabilité administrative des directeurs de sites, les bureaux du personnel sont depuis l'année 2000 sous l'autorité directe de la DPRS. Les agents qui y travaillent, assurent une partie de la gestion des dossiers du personnel de plusieurs pôles. Ils suivent les renouvellements des contrats en CDD, l'enregistrement des variables de paie, la centralisation des évaluations...

Depuis la généralisation des pôles, une grande partie des attributions des bureaux du personnel des sites a été redistribuée aux cadres des pôles ou à la DPRS. Ce positionnement intermédiaire issu d'une organisation administrative ancienne non totalement réformée et de la nouvelle structure non encore finalisée, est source de nombreux dysfonctionnements et mécontentements de la part des responsables de ces bureaux de sites. Conscient des difficultés liées à l'organisation actuelle, ils se disent prêts à revoir leur positionnement et leurs missions au sein de la future DPRS.

2.4.6 Les responsables des bureaux de la DPRS

Malgré leur implication dans les missions qui leur sont confiées et qui s'observe par leur forte participation aux groupes projet, aux missions ponctuelles, aux formations ainsi qu'à leur implication marquée dans les travaux de réorganisation de ressources humaines en cours et leur collaboration à ce mémoire, ils reconnaissent les dysfonctionnements actuels de leur service, comme l'ont fait leurs collègues des sites hospitaliers. Ils expliquent entre autres ces difficultés par la multiplication des acteurs impliqués dans la gestion des ressources humaines depuis la mise en place des pôles et par une moindre responsabilisation de ces derniers. Ainsi, selon eux, la dilution des informations et des responsabilités entraîne d'importants retards dans la gestion des dossiers et des prises de décisions, ce qui accentue d'autant leur sentiment de frustration.

2.4.7 La Direction de la DPRS

La direction de la DPRS répartie sur trois têtes, est très sectorisée et peut parfois manquer de coordination sur certains dossiers transversaux (comme par exemple la transformation de postes dans un service impliquant la mise en place des formations ou concours sans que tous les services de la DPRS en soient informés à l'avance). La répartition des secteurs pourrait ainsi être optimisée pour répondre à des logiques organisationnelles plus claires.

De même, la répartition des fonctions stratégiques et plus opérationnelles semble encore assez floue et devrait être revue. Ainsi, les questions budgétaires sont supervisées par l'un des directeurs adjoints, alors que la formation et le suivi des écoles sont directement gérés par le directeur de la DPRS.

2.4.8 Les partenaires sociaux

De manière générale, d'une organisation syndicale à l'autre, les avis sur la gestion de proximité et l'organisation en pôles sont très divergents, voir opposés. Pour les partenaires sociaux suivant une doctrine d'accompagnement, la gestion décentralisée est une source incontestable de progrès qu'il faut favoriser, mais également en définir parfaitement le cadre et contrôler avec attention. Cet entrain affiché pour la gestion de pôles s'explique par une volonté de démocratisation des relations sociales ainsi que d'une prise en compte au plus près des acteurs de terrain de leurs préoccupations et revendications quotidiennes. La gestion de proximité doit ainsi permettre de libérer les énergies, de responsabiliser les acteurs (y compris le corps médical) et d'alléger les pesanteurs administratives inhérentes à toute organisation de grande taille. Le cadre institutionnel ne doit servir que de garant ou de garde fou quant aux éventuelles dérives pouvant subvenir dans tels ou tels pôles. En revanche, les syndicats « contestataires » sont plus critiques et réticents quant à la mise en place des pôles et d'une gestion décentralisée des personnels. Leurs arguments portent sur les risques de dérives et de balkanisation de l'institution. La dilution des repères institutionnels valables pour l'ensemble des personnels dans une multitude de structures plus ou moins autonomes, ne peut être qu'une nouvelle source de dysfonctionnement, dont le CHU de Nantes n'a pas besoin actuellement. La gestion de proximité génère un étage supplémentaire dans la hiérarchie, déjà fort complexe, de l'hôpital. Elle ne fait que rajouter des niveaux de blocages tout en amoindrissant les prises de responsabilités des acteurs d'encadrement. Ainsi, la réactivité et l'écoute nécessaire à toute organisation voulant se réformer et qui devraient être facilité par la mise en place d'une hiérarchie plus déconcentrée, ne peuvent, dans les faits, être mis en œuvre de manière efficace.

Par ailleurs, les principaux dysfonctionnements relevés par l'ensemble des organisations syndicales interrogés sont ceux déjà évoqués par les autres acteurs ayant participé à cette étude. Il s'agit prioritairement des difficultés de communication, du manque de réactivité et de clarté dans les processus décisionnels, de l'apparente absence de procédures homogène au sein de tous les services de la DPRS et de prise de responsabilité des acteurs en poste. Ce dernier point semble particulièrement sensible ; les représentants syndicaux regrettant le manque de « courage » politique et stratégique des directeurs, qui selon eux préfèrent laisser une situation s'enliser et se dégrader plutôt de s'engager en amont de véritables négociations et refontes des organisations en place en collaboration avec les agents concernés et les syndicats. De même, le manque d'anticipation des situations de crises potentielles par la direction générale et la DPRS (comme par exemple les manques de personnels durant la période estivale, les départs à la retraite des agents et leur remplacement...) est une source de dysfonctionnement incompréhensible dans un établissement aussi important que le CHU de Nantes. Enfin,

l'organisation en pôles est aussi ressentie comme un mode de gestion hypocrite et malsain, où la direction, à grand renfort de propagande, prône une politique de proximité, d'ouverture et d'encouragement des prises de responsabilités des acteurs de terrain, mais leur limite les moyens délégués de fonctionnement, bride les initiatives des services et ne prend en considération que les discours des personnels conformes au moule institutionnel. « Liberté d'opinions et d'actions ; Oui ! Tant qu'elles ne sortent pas du cadre conventionnel ! »

Les propositions d'amélioration des relations sociales, évoquées par les représentants syndicaux, quant à la mise en œuvre de la gestion en pôles, s'articulent autour de la notion de **clarification des responsabilités** des acteurs et des organigrammes. Une **simplification des hiérarchies** par une réduction du nombre de strates est indispensable. Certaines fonctions ne semblent plus adaptées à la nouvelle organisation, par exemple : les bureaux du personnel des sites et les directions de site pourraient être supprimées ; les répartitions des missions entre les cadres supérieurs de santé de pôles et les responsables administratifs de pôles devraient être revues, ces derniers pouvant prendre plus de responsabilités en matière de gestion des agents en lieu et place des bureaux du personnel des sites... De même, une **meilleure répartition des effectifs** est également nécessaire que se soit au sein des pôles, mais aussi au niveau des cadres de direction qui sont chroniquement en sous nombre, ce qui peut expliquer les difficultés qu'ils ont à organiser leurs services. D'autres axes de modernisation pourraient également être envisagés tels que la **refonte et la réduction du nombre de pôles** ou encore la clarification des contours et le renforcement des pôles « supportifs et logistiques », cheville ouvrière au service des pôles médicaux... Pour ce faire, **un bilan exhaustif de l'expérimentation de la gestion en pôles** devrait rapidement être engagé par un organisme indépendant, afin d'évaluer les dysfonctionnements et de réorienter la mise en œuvre de cette nouvelle organisation hospitalière. Cette forme d'audit avait été menée à la fin de la première année de test de la gestion de proximité, avant la généralisation du système, il est regrettable qu'elle n'ait pas été renouvelée depuis. Enfin, **la formalisation des procédures de gestion** des personnels et leur diffusion dans les services devraient permettre de rassurer les agents quant à leur prise en charge administrative, leur garantissant ainsi une parfaite transparence des processus décisionnels.

2.5 Présentation comparative de contextes hors CHU de Nantes

2.5.1 L'organisation d'autres CHU comparables

Les critères de choix qui ont permis de sélectionner les établissements sont au nombre de quatre :

- Etablissement fonctionnant ou ayant la volonté de fonctionner en pôles et/ou centres de responsabilités,
- Capacité en lits comparable,
- Effectif de personnel comparable,
- Etablissement multi-sites.

Ainsi, deux établissements hospitaliers ont pu être interrogés dans le cadre de cette étude. Il s'agit du CHU de Toulouse ainsi que celui de Montpellier. Malheureusement, faute de disponibilités communes, les responsables de l'institut mutualiste Montsouris et ceux du CH d'Avignon n'ont pu être rencontrés.

2.5.1.1 L'exemple du CHU de Montpellier

Le CHU de Montpellier est en phase de démarrage dans son projet de déconcentration de gestion et doit finaliser le « découpage » en pôle avant la fin du premier semestre 2003.

Cette nouvelle organisation comptera 15 centres de responsabilités à vocation clinique uniquement. Il n'est pas prévu, dans cette première phase de lancement de constituer de pôles médicaux-techniques ou administratifs. A la tête des centres de responsabilités sera affecté un triumvirat constitué dans un premier temps d'un Adjoint des Cadres Hospitalier (ACH) et à terme d'un Attaché d'Administration Hospitalière (AAH) lorsque l'ensemble des compétences déléguées seront effectivement décentralisées ; d'un cadre supérieur de santé et d'un directeur de pôle médecin. Ce dernier aura la possibilité de donner un avis quant au choix de ses collaborateurs, qui continueront à être nommés et affectés par le Directeur Général du CHU.

La délégation de gestion accordée et contractualisée avec les centres de responsabilités portera à terme sur les commandes et achats, les travaux et la gestion des ressources humaines.

Pour ce dernier thème, il est envisagé une cogestion des RH, impliquant des bureaux locaux de GRH de pôle ainsi qu'un service central renforcé à la direction générale. La nouvelle organisation prévoit la disparition des bureaux du personnel de site. Dans l'état actuel du projet et de l'avancée des négociations, il s'avère que les réticences au changement relèvent principalement des responsables de la direction centrale du personnel et de la direction des soins qui craignent de perdre leurs prérogatives en matière de recrutement. Paradoxalement, les directeurs des sites n'expriment pas d'opposition de principe à ces modifications d'organigramme, ni sur la moindre

responsabilité qu'ils auront en matière de gestion des personnels. De même, les directions fonctionnelles ne gèreraient plus les effectifs qui leur sont directement alloués. La gestion administrative de ces derniers relèverait d'une centralisation prise en charge par un AAH.

2.5.1.2 L'exemple du CHU de Toulouse

Le CHU de Toulouse met en place depuis bientôt deux ans une gestion de proximité, incluant une importante délégation de la GRH au niveau des pôles. Ceux-ci sont regroupés en quatre grandes filières : médicale, médico-technique, administrative et logistique. La mise en place des pôles a été facilitée par une politique de déconcentration de gestion entamée dans les années 1990 de la direction générale vers les directions des sites hospitaliers. La nouvelle gestion de proximité initiée en 2000 correspond à une suite logique des démarches engagées dix ans plutôt et n'a donc pas générée de grandes réticences au changement de la part des acteurs en place.

A l'heure actuelle, douze pôles ont été mis en place et les trois derniers devraient l'être prochainement afin d'achever l'affectation de tous les personnels dans un pôle. Les pôles sont prioritairement mono site, mais certains sont répartis sur plusieurs hôpitaux (pôle urgence, par exemple). Tous ces pôles sont gérés par un quartette composé d'un **directeur administratif** assurant la responsabilité générale de l'entité, d'un **cadre supérieur de santé**, d'un **assistant de gestion** (qui au fur et à mesure des affectations intégrera le statut d'AAH) et d'un **médecin chef de service**. Pour des raisons historiques et contrairement aux préconisations ministérielles sur l'organisation des pôles, les médecins toulousains n'ont pas d'emblée souhaité s'impliquer dans la direction des centres de responsabilités et restent prudents quant à l'évolution de ces organisations. Cette particularité du corps médical explique la prise en charge des pôles par un directeur administratif, qui en supervise chacun deux.

Par ailleurs à moyen terme, les directeurs des sites hospitaliers seront affectés à d'autres fonctions ; en particulier ils deviendront coordinateurs des quatre grandes filières de pôles. Mais, afin d'assurer la continuité de la gestion administrative et matérielle des sites (sécurité des locaux, maintenance des équipements, services généraux...), des AAH « responsables de site » vont être nommés et seront encadrés par un directeur coordinateur des hôpitaux. Dans l'état actuel du projet de modernisation de l'organisation du CHU, les directions fonctionnelles ne voient pas leur périmètre de responsabilité évoluer. Elles conservent leurs rôles de contrôle, de coordination et d'animation. La direction du personnel au niveau central reste garante de toutes les procédures liées à la gestion administrative des carrières des agents (le recrutement et la constitution d'un « vivier de candidats » disponible pour les pôles, l'organisation et le suivi des CAPL, le

montage des dossiers de départ à la retraite...) et à toutes les questions relatives au domaine social (crèche, œuvres sociales,...).

A ce point de présentation de l'organisation en pôles du CHU de Toulouse, il semble important d'indiquer que cette mise en place, impliquant une déconcentration des centres de responsabilité, a nécessité la création de nouveaux postes de part le processus de déconstruction des anciennes mutualisations de ressources. Ce volume de nouveau personnel ainsi créé n'a pas encore été évalué ni communiqué.

Les missions confiées à l'assistant de gestion ou cadre administratif de pôle, sont de deux ordres : un travail de contrôle de gestion financier et de suivi des indicateurs de GRH d'une part et un rôle de formalisation, consolidation et coordination des projets du pôle d'autre part. Pour assumer ses fonctions, le gestionnaire est secondé par une petite équipe de deux ou trois agents ayant en responsabilité le secrétariat, les classements divers et le suivi des dossiers personnels des agents affectés au pôle. Après quelques mois de fonctionnement, le premier bilan de cette organisation met en évidence que les assistants de gestion sont globalement très satisfaits de leurs nouvelles fonctions. En revanche, les agents gestionnaires semblent un peu plus déstabilisés du fait que leurs missions se sont fortement développées qualitativement et quantitativement. En effet, la polyvalence nécessaire à l'exécution de leurs tâches est exigeante et nécessite une adaptation rapide à des fonctions qu'ils n'avaient pas l'habitude de d'assumer jusqu'à présent. Toutefois et malgré ces difficultés d'évolution professionnelle, le nombre de candidats volontaires pour pourvoir ce type de poste est supérieur aux postes vacants.

La hiérarchie soignante (directeur des soins et cadres supérieurs de santé) est assez dubitative quant à cette nouvelle organisation polaire. Leurs revendications portent sur le positionnement et le nombre des cadres supérieurs dans l'institution en dehors de ceux affectés à la tête des pôles. Le constat réalisé conjointement par la direction des soins et la DRH est un surnombre des cadres supérieurs de santé, ainsi qu'un manque de clarté dans la ligne hiérarchique soignante. La restructuration et la réduction des effectifs d'encadrement devraient à terme concentrer les cadres supérieurs à la tête des pôles, affecter quelques responsables soignants sur des missions transversales, le tout coordonné par un seul directeur des soins.

Les micros processus RH pris en charge par les assistants de gestion et leur équipe s'articulent en étroite concertation avec les bureaux centraux de la DRH.

Le **processus de recrutement** fonctionne en parallèle entre les pôles et la DRH au niveau central. Le pôle détermine ses besoins en terme qualitatif (grade, type de poste...) et quantitatif (nombre d'ETP, date de prise de poste, lieu d'affectation...). Il participe également au choix des candidats qui seront affectés dans les services. Ceci s'effectue par la sélection finale d'un postulant choisi parmi les quatre ou cinq candidatures pré-sélectionnées dans le « vivier des candidats potentiellement recrutés » par le bureau des

recrutements de la DRH centrale. Ce vivier de candidats potentiels est constitué après un processus de recrutement proche de celui mis en place au CHU de Nantes. La **mobilité interne** (Bourse des emplois) est mise en œuvre tous les mois et représente en moyenne une centaine de transferts. Les agents retenus sur un poste lors d'une mobilité ont trois mois pour rejoindre leur affectation ; période durant la quelle leur responsable de service cherchera un successeur. Les postes déclarés vacants par les responsables de pôles et non pourvus à une première mobilité font l'objet d'une deuxième publication avant de pouvoir être ouverts à un recrutement extérieur.

La **gestion des remplacements** est directement assurée par les pôles qui bénéficient d'effectifs spécifiquement dédiés. En effet, dans l'organisation antérieure, des pools de remplacements étaient constitués au niveau des sites hospitaliers. Désormais, ils sont répartis dans les pôles proportionnellement aux effectifs de base de chacun d'entre eux. Les remplacements complémentaires, ne pouvant être assumés par les équipes de pool, continuent à être gérés par la DRH sous la forme de mensualités de remplacements.

La **formation des personnels** est organisée de la même manière qu'au CHU de Nantes, à savoir que 50% du budget est coordonné par les responsables du pôle (formation spécifique aux spécialités médicales du pôle, congrès...) et les autres 50% entrent dans le plan de formation institutionnel du CHU.

L'**évaluation et la notation** des personnels qui jusqu'à présent étaient centralisées par la DRH vont, à compter de l'exercice 2003, être confiées aux pôles ; la direction centrale restant garante du respect de la procédure et des délais. La procédure d'évaluation et de notation mise en place prévoit que le supérieur N+1 réalise un entretien individuel avec chacun des agents de son service, puis renseigne la fiche d'évaluation avant de la transmettre au supérieur N+2 pour l'attribution de la note.

Le **dialogue social** est assuré à deux niveaux en fonction de l'importance des dossiers traités. Dans l'organisation antérieure, les négociations sociales étaient prises en charge par les directeurs de sites. Depuis la structuration en pôle, se sont les directeurs administratifs qui prennent en charge ce premier niveau de dialogue « à chaud » pour toutes les questions relatives aux difficultés quotidiennes de terrain. En cas de débordement ou de nécessité d'arbitrage, un second niveau de discussion est engagé par la DRH centrale. Des rencontres de négociation sur le fond des problèmes observés sont organisées « à froid », une fois les tensions et les exacerbations retombées. Par ailleurs, les grands dossiers sociaux (négociation de l'ARTT, mise en place du projet social...) sont directement gérés au niveau central à la DRH ; le directeur général restant le garant de l'institution et assurant les arbitrages globaux.

Les **premiers dysfonctionnements** observés depuis la mise en place des pôles portent principalement sur le manque de maturité financière des assistants de gestion. Les dérapages dans la maîtrise des dépenses qui en découlent ont pour le moment été

contenus, mais une vigilance de tous les instants est indispensable. Autre source de critiques soulevée cette fois par les partenaires sociaux est l'absence physique de responsable administratif pour les pôles implantés sur plusieurs sites. En effet, les assistants de gestion concernés devant effectuer des allers/retours entre les différents hôpitaux ne peuvent matériellement pas assurer une présence continue dans chaque établissement. Toutefois, cette revendication sécuritaire demeure parfaitement maîtrisable par la direction du CHU. Le positionnement et le rôle des Adjoints de Cadres Hospitalier (ACH) dans la nouvelle organisation sont encore à finaliser. Des préconisations sont envisagées par la DRH, mais elles restent à décliner et à mettre en œuvre. Ainsi, certains ACH, tout en restant affectés dans les pôles, pourraient se spécialiser dans des domaines de pointe afin de pouvoir assurer les liens entre les directions fonctionnelles demandeuses d'experts et les pôles aux besoins plus généralistes. D'autres pourraient rester affectés dans les sites hospitaliers afin de suivre les dossiers ne pouvant pas être mutualisés en central ou répartis dans les pôles. Ils seraient alors sous la hiérarchie des AAH responsables de site. Enfin, pour les adjoints ne trouvant pas leurs marques dans cette nouvelle organisation, des transferts mutuels avec des personnels des directions fonctionnelles pourront s'envisager.

Par ailleurs, des **facteurs de réussite** ont également été observés depuis l'engagement des travaux de restructuration. Ainsi, la forte solidarité de l'équipe de direction quant à la mise en œuvre de ce projet est constante depuis le début de la démarche. Les missions des directeurs (de pôle, fonctionnels et de coordination de pôles) ont été clairement identifiées. Elles sont reconnues et respectées. Ainsi, le directeur de la DRH n'a plus de lien hiérarchique sur les assistants de gestion et leur équipes. Par contre, il est le garant et assume la responsabilité de la mise en place d'une véritable politique de type « client / fournisseur » avec ces gestionnaires de terrain. Pour leur part, les agents affectés au niveau central, ont pour vocation à devenir des experts, des conseillers, des assistants et des personnes ressources auxquelles se référeront les pôles sur des points spécifiques. Afin de formaliser les interfaces entre les assistants de gestion des pôles et la DRH centrale, un important travail de coordination des missions de chacun a été réalisé depuis le début de l'année 2002. A la suite de ces travaux, un document de synthèse présentant les procédures et les niveaux d'intervention des différents acteurs, a été rédigé. En cours de validation, il sera présenté aux instances du CHU à l'automne 2003.

2.5.2 L'organisation de structures et établissements privés

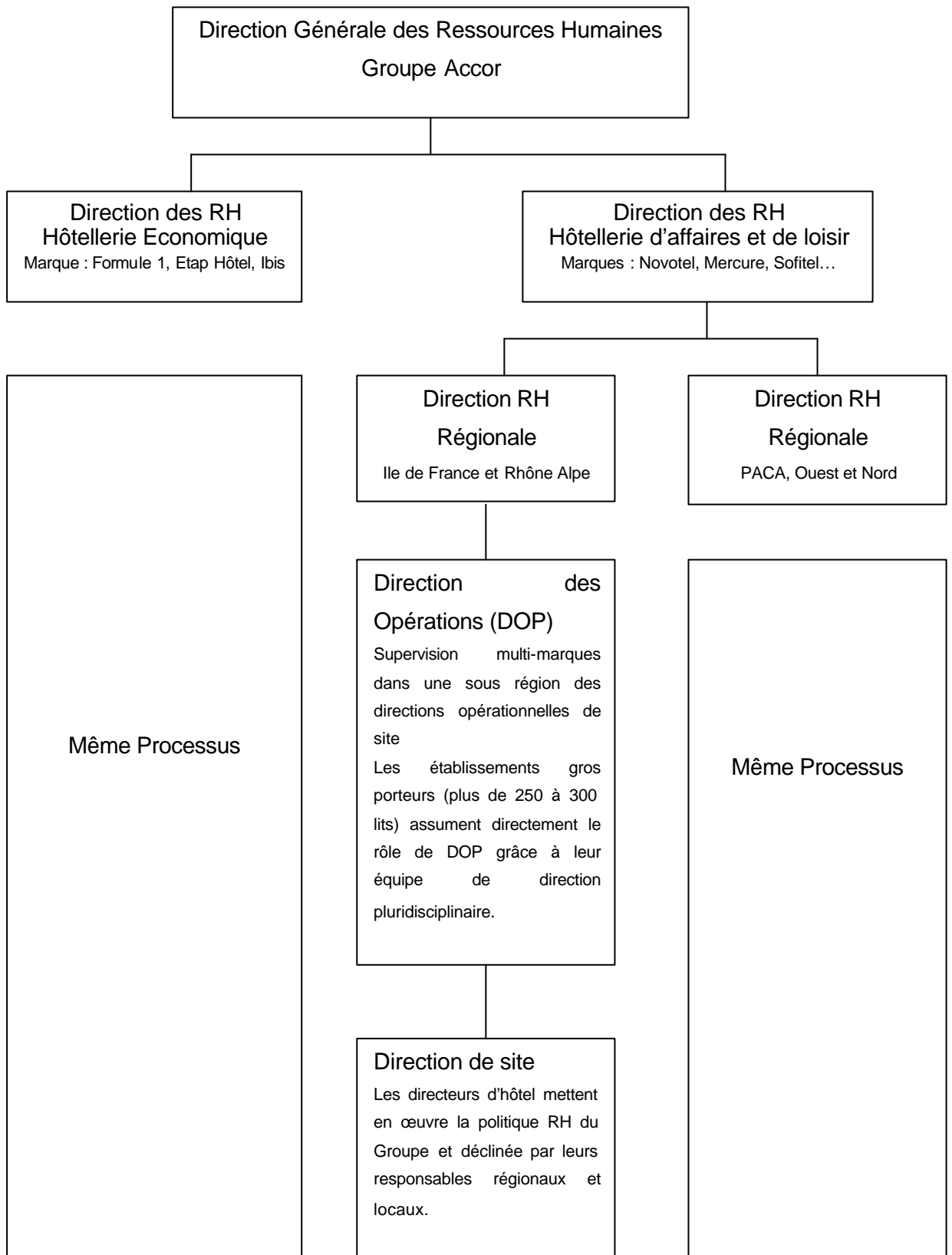
Deux groupes privés, l'un à caractère industriel (le Groupe Danone représenté par l'intermédiaire de la directrice des ressources humaines de la marque LU) et le deuxième spécialisé dans les services (le Groupe Accor représenté par l'intermédiaire du Directeur

des ressources humaines de l'hôtel Sofitel de la Porte de Sèvre) ont fait l'objet de rencontre ciblée.

2.5.2.1 Le Groupe Accor

Ce grand groupe des secteurs de l'hôtellerie, de la restauration et du tourisme connaît une phase de forte mutation de son organisation des ressources humaines, qui devrait être totalement restructurée à compter de juillet 2003.

L'organisation actuelle peut se présenter comme suit :



La DRH générale du Groupe Accor supervise :

- la gestion des recrutements et des carrières des personnels de direction, des cadres supérieurs et des cadres à fort potentiel,
- la réalisation et le suivi des statistiques RH du Groupe. Elle fait réaliser tous les deux ans une enquête d'opinion (enquête Pragma) auprès de tous les personnels, portant sur les modes et l'efficacité de la communication interne, sur le dialogue social, sur le mode de management... Au vue des résultats de ces enquêtes, les DOP ont une mission de proposition, de mise en œuvre et de promotion de plans d'amélioration dans leur zone de responsabilité,
- la gestion de toute la communication institutionnelle du Groupe à destination des personnels (journaux d'entreprise, intra net, carte professionnelle et de fidélité...),
- l'organisation et le suivi de la formation professionnelle initiale et continue au travers la gestion de l'Académie Accor. Ce centre d'apprentissage est destiné à tous les collaborateurs du Groupe, ainsi qu'à des personnels extérieurs. Il sert également de site expérimental et de représentation commerciale des différentes marques du Groupe,
- la gestion centralisée des emplois et des mobilités internes au Groupe via le réseau intra net : ACCOR JOB. La DRH centrale a engagé une politique de fort développement ce mode de communication directe avec les collaborateurs en faisant installer des bornes d'accès informatique en libre accès pour tous les personnels, en plus des ordinateurs déjà en ligne dans le cadre strictement professionnel.

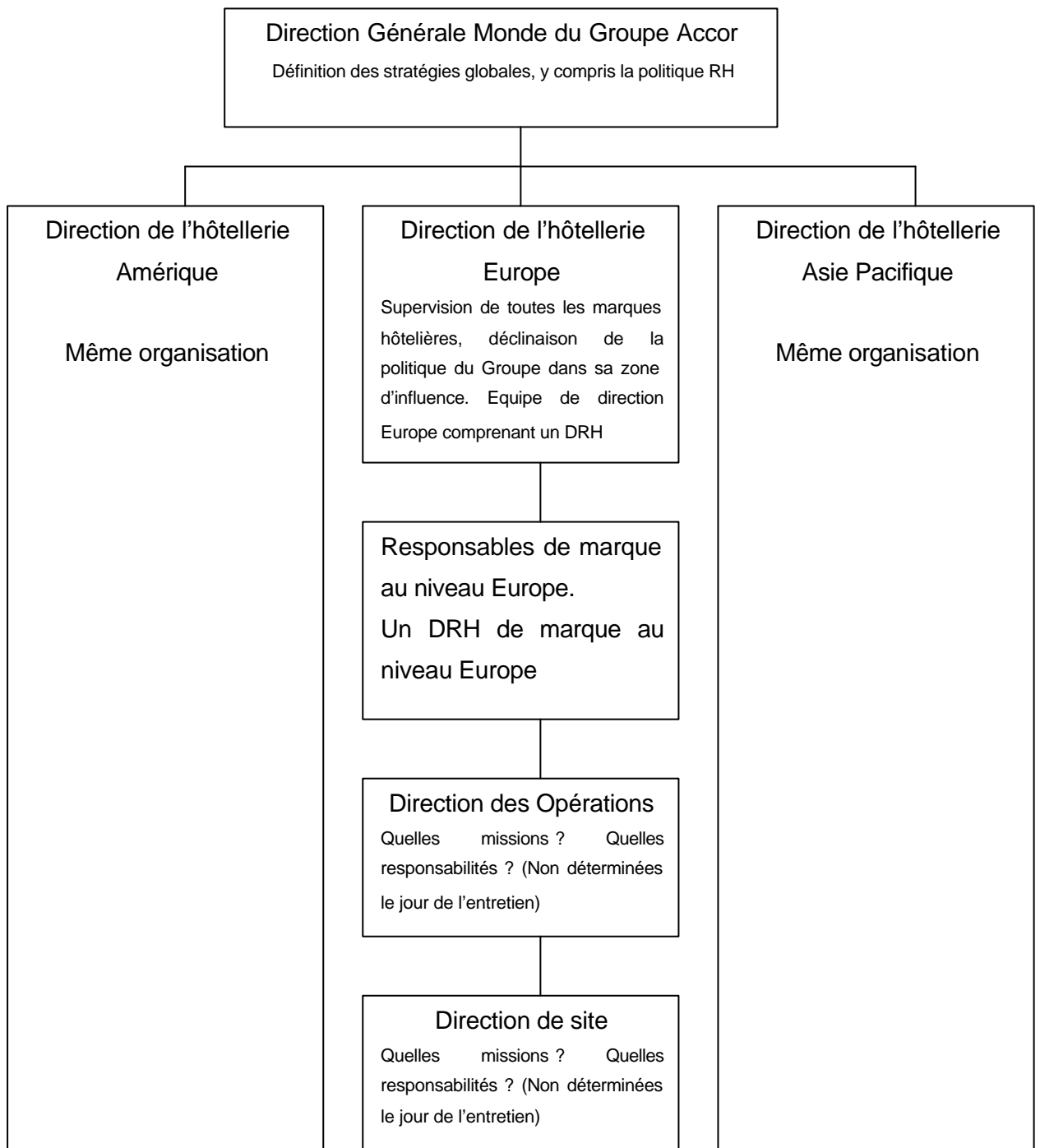
La DRH multi-marque du secteur Affaires et loisir :

- elle coordonne la politique de GRH dans son secteur géographique
- elle contrôle la gestion de la paie, alors que la saisie des variables de paie est réalisée au niveau de la DOP.

Les macro-processus de GRH s'observent de la manière suivante :

- les statuts des collaborateurs sont assez différents d'une marque à l'autre, mais également d'un établissement d'une même marque à l'autre. La volonté politique du nouveau directeur général est de rendre cohérent tous ces statuts et de n'en faire qu'un seul applicable dans tout le groupe,
- les négociations et le dialogue social au niveau des établissements sont très encadrés par la direction générale. Peu de marges de manœuvre sont accordées aux directions de site pour négocier avec les partenaires sociaux,
- la GPEC est globalement peu effective au sein du groupe, tant au niveau des hôtels qu'au niveau des directions centrales. Les personnels sont évalués tous les deux ans (avec la possibilité d'une évaluation intermédiaire sur demande du collaborateur), ce qui leur permet de faire le bilan de leurs objectifs, de leurs besoins en formation... Pour ce faire, une fiche type est utilisée par le responsable hiérarchique N +1. Il n'y a pas de possibilité de recours à un supérieur N +2 en cas de désaccord entre le collaborateur et son responsable de service. Lorsque le conflit est important, la personne se pourvoit directement au tribunal des prud'homme,
- le recrutement des personnels s'effectue à plusieurs niveaux. Les besoins sont déterminés par le chef de service dans chaque établissement, avant d'être confirmés ou non par le directeur de site en fonction de ses capacités budgétaires et de la politique RH qu'il souhaite mettre en œuvre. Le lancement de l'opération de recrutement est réalisé par la DOP ou la DRH des établissements gros porteurs (publication des annonces, sélection sur dossier, graphologie...). Les entretiens de sélection sont toujours réalisés par le chef de service demandeur ayant exprimé ses besoins initiaux. La rédaction du contrat de travail est faite par le DRH ou la DOP avant d'être transmise au chef de service pour validation et signature du candidat,
- la politique de rémunération est de plus en plus centralisée et uniformisée. Les primes mensuelles d'ancienneté sont supprimées et remplacées par des modes d'intéressement par objectifs, plus dynamisant pour les collaborateurs.

La nouvelle organisation mise en place à compter de juillet 2003 :



Le projet de gestion des ressources humaines à court terme du Groupe Accor consiste à vouloir simplifier les circuits, raccourcir les processus décisionnels, centraliser les organisations et harmoniser les modes de fonctionnement sur l'ensemble des marques du groupe. L'objectif est d'uniformiser les lectures et applications des textes législatifs et réglementaires en matière de GRH, afin d'optimiser les moyens humains disponibles dans le groupe et permettre de réelles mobilités interne, entre hôtels d'une même marque, mais aussi entre marques différentes et entre secteurs d'activité différents.

Toutefois, la centralisation et l'harmonisation des processus impliquent un contrôle plus important de la direction générale sur les pratiques de chaque site. A l'heure actuelle, les établissements sont relativement autonomes en matière de gestion des ressources humaines, alors qu'ils sont extrêmement encadrés en matière d'achats, de finances...

La DRH Europe gèrera les recrutements et les carrières de cadres, organisera la communication interne et harmonisera le dialogue social et l'application des textes réglementaires. Les moyens mis en œuvre pour engager cette nouvelle politique consistent d'une part en la définition d'une politique globale de GRH au niveau du Groupe (mobilité, rémunération...) et d'autre part en la création d'une base de données réglementaires et de veille législative, intégrant tous les textes en vigueur, tous les protocoles de Groupes...et accessible à tous les DRH quel que soit leur niveau hiérarchique.

L'organisation finalisée du Groupe Accor et plus particulièrement celle des ressources humaines n'étant pas totalement connue par le responsable rencontré le jour de l'entretien, il est difficile de formaliser plus avant les répartitions de fonctions entre les différents niveaux de responsabilité. La politique globale est cependant fortement axée vers une harmonisation des processus et une simplification des circuits décisionnels.

2.5.2.2 Le Groupe Danone

Le Groupe Danone est constitué de plusieurs branches ou pôles d'activité telles que la production et commercialisation de **produits frais** (laitage...), la mise en bouteille **d'eau minérale** et la production et commercialisation de **biscuits et paneterie** fraîche et sèche. Chaque branche est elle-même constituée de centres de production autonome en terme de production, mais dépendant étroitement de la politique globale définie par le Groupe. Afin de répondre plus efficacement aux particularismes des marchés locaux, trois zones géographiques ont été formalisées : l'Europe, l'Amérique du Nord et l'Asie. Ainsi, l'organisation du Groupe Danone est de type matriciel dans laquelle la hiérarchie des ressources humaines est très structurée et où les responsabilités sont clairement identifiées.

Le **Directeur Général des Ressources Humaines** (DGRH) fait partie de l'équipe de la direction générale du Groupe. Il définit la stratégie RH et la déploie dans les branches ou pôles pour une application rapide dans les entreprises. Il est également responsable du recrutement et de la gestion des carrières des grands dirigeants du Groupe (Top Manager et membres des comités de direction).

La **Direction de l'Organisation et de la Qualité** est une structure méthode transversale ayant une mission de liaison entre les acteurs RH du Groupe et la DGRH. Elle centralise les bonnes pratiques mises en place dans les pôles, les formalise, puis les diffuse à l'ensemble des centres de production.

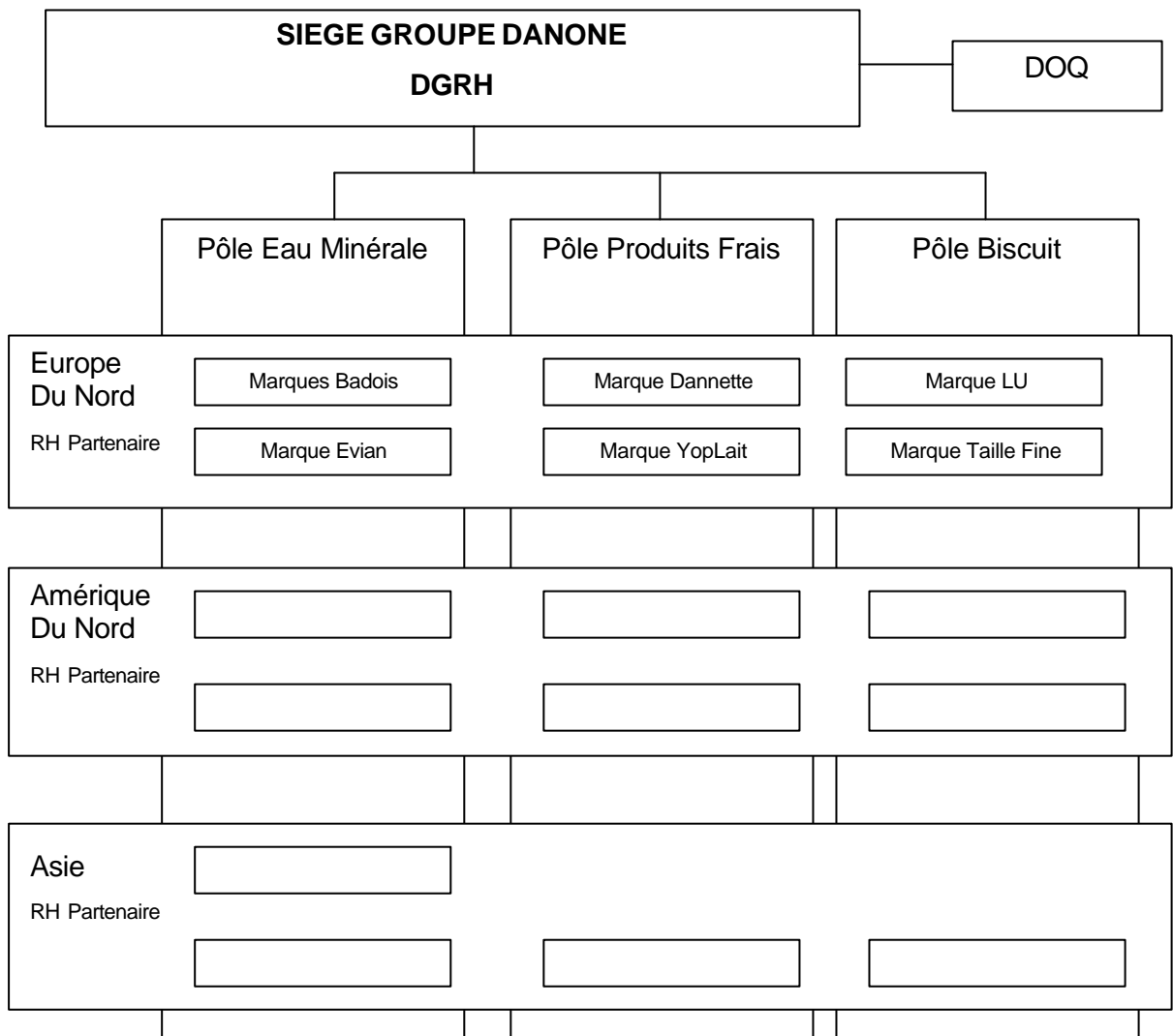
Les **Directeurs des ressources humaines de pôle** (exemple : pôle Biscuit) ont un rôle d'interface entre la direction générale et les directions de marques. Ils sont responsables de la gestion des carrières des managers (cadres supérieurs et cadres de proximité), ainsi que celle des membres des comités de direction de leur pôle.

Les **Directeurs des ressources humaines de marques** (exemple : marque LU) ont un rôle de gestionnaires des évolutions professionnelles des managers et des agents de maîtrise. Ils gèrent le dialogue social de manière général et plus particulièrement les conflits et les plans sociaux, les négociations salariales, l'organisation des instances nationales...

Les **Directeurs de site ou d'usine** (exemple : Evry, Toulouse, Calais) sont les gestionnaires des personnels opérationnels. Ils organisent et gèrent les réunions des instances locales et planifient les actions de formation destinées aux agents de terrain.

La structure **RH Partenaire** est un appui transversal sur une zone géographique donnée. Elle centralise les offres et les demandes de personnels en vue des recrutements nécessaires pour chaque unité de production, les demandes de mutation... Elle organise ainsi les mobilités internes du Groupe sur sa zone, tant pour les personnels opérationnels que pour les agents de maîtrise. Par ailleurs, RH Partenaire centralise les opérations de paie, édite les bulletins de salaires et assure les paiements. Cette structure assure également les négociations avec le ministère de l'Éducation Nationale en vue de faciliter les Validations des Acquis de l'Expérience (VAE) des personnels du Groupe. De même, elle organise les programmes de formations professionnelles pour l'ensemble des acteurs des trois pôles d'activité de sa zone géographique.

La Structure RH du groupe Danone pourrait être représentée de la manière suivante :



La **GPEC** est un élément fort de la GRH au sein du Groupe Danone. Ainsi, la gestion centralisée de cadres (et bientôt des agents de maîtrise) permet d'avoir une parfaite vision des compétences et potentiels disponibles au sein des différentes structures de la société. Elle leur permet également une évolution professionnelle tant de manière hiérarchique, que géographique ou encore par branche d'activité, passant par exemple d'un travail de responsable dans une biscuiterie dans le Nord de la France à un poste de cadre dans un centre d'embouteillage d'eau en Savoie ou de production de yaourt en Chine. Pour ce faire, des outils d'évaluation communs à l'ensemble du Groupe ont été mis en place : référentiels des compétences, référentiels métiers, grilles d'évaluation professionnelle, entretiens périodiques d'évaluation. Le système RH se veut souple, réactif et transparent, permettant à tout un chacun de profiter réellement des opportunités de carrière que le Groupe Danone peut leur offrir. Tous les mois sont organisés au niveau des directions de pôles et au niveau central « les revues de managers » où sont étudiés les profils et les évolutions possibles des cadres. Toutefois et malgré la volonté politique des dirigeants, les mutations des professionnels les plus performants sont toujours plus difficiles à instruire. En effet, les directeurs d'usine rechignent à laisser partir leurs « bons » collaborateurs sans être sur qu'ils pourront être remplacés rapidement par un nouvel agent vite opérationnel.

La **politique de rémunération** des cadres est élaborée par niveaux hiérarchiques et positionnements fonctionnels. Cette politique est commune à l'ensemble des marques et établissements d'une même zone géographique. Chaque grille salariale présente une courbe moyenne de traitement par catégorie de cadre (salaire de base). A cette base s'aligne un bonus et un intéressement offrant une possibilité d'amplitude de + ou - 20%. La bande de salaire ainsi déterminé s'inscrit dans une politique concurrentielle afin de toujours être compétitif par rapport aux pratiques des sociétés leaders du même marché. Les avantages et augmentations individuels de chaque manager sont fonction de son niveau de responsabilité, de sa performance et de sa capacité à évoluer. Peuvent entrer dans la rémunération les éléments suivants :

Autres avantages	Voiture, plan d'épargne
Protection sociale	Retraite, prévoyance, frais médicaux
Profit Sharing	Intéressement, participation
Variable individuel	Bonus, primes
Fixe individuel	Salaire de base

La **gestion de la paie** est assurée par trois niveaux de responsabilité. Les variables de paie sont saisies en local par un gestionnaire de site. Une mutualisation des opérations de traitements et d'harmonisations des pratiques salariales sont réalisées par RH Partenaire avant d'être contrôlés par le responsable RH de marque.

Les **plans de formation** sont élaborés par chaque marque ou société et déployés ensuite dans les usines. Les directeurs de site conservent une certaine marge d'autonomie pour la mise en place des plans de formation définis par le Groupe, répondant ainsi aux particularismes locaux.

3 PROPOSITIONS D'UNE NOUVELLE ORGANISATION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DU CHU DE NANTES

Après avoir étudié successivement l'organisation de la GRH au sein du CHU de Nantes (ses dysfonctionnements et ses facteurs de progrès), l'organisation de structures RH hospitalières et d'entreprises privées, des propositions de nouvelles organisations vont maintenant être développées.

Ainsi, la nouvelle organisation des ressources humaines du CHU de Nantes peut s'inscrire dans un processus à plusieurs niveaux et échelonné dans le temps, d'une part la modernisation de la DPRS et celle de la gestion de proximité, d'autre part la mise en œuvre d'un plan d'actions concertées et cohérentes. Chaque processus très lié l'un à l'autre peut néanmoins être mis en œuvre de manière autonome et implique des leviers de changement différents.

3.1 La modernisation de la DPRS

L'organisation cible préconisée dans cette étude reprend en partie les travaux communs menés dans le cadre du projet de réingénierie des ressources humaines engagé par le CHU de Nantes depuis le mois d'avril 2003. Cette organisation cible a fait l'objet d'une démarche concertée entre les membres du groupe de pilotage, ceux du groupe projet et les consultants externes au CHU participant à cette démarche novatrice. Les propositions ainsi dégagées s'articulent autour d'une structure théorique en cohérence avec les contraintes de l'existant local, mais se voulant également dynamique et réactive. De plus, les concepts théoriques ont été confrontés aux critiques du groupe projet avant d'être affinés et modélisés. Cette dernière étape réalisée, il a été possible d'analyser les écarts et d'identifier les grands chantiers de la transformation. Les présentes propositions sont le fruit de ce travail d'analyse et de concertation.

3.1.1 Les missions et acteurs clés de la DRPS

Afin de répondre au mieux aux attentes de la Direction Générale et des directions fonctionnelles, la **direction de la DPRS** doit assurer directement un certain nombre de missions en concertation avec les directions adjointes plus spécialisées.

Ainsi, elle doit :

- affirmer et faire partager les valeurs du CHU et les orientations données par la Direction Générale en prônant le dialogue social et développant la communication directe vers les services et les personnels de l'établissement,
- piloter la GRH à l'aide d'indicateurs stratégiques dont elle assure le contrôle (et la fiabilité) et les analyses en vue d'alerter et d'envisager toute action corrective qui s'impose. Mettre en place des tableaux de bords synthétiques d'activité et d'évolution des effectifs et des coûts du personnel,
- assumer les difficultés inhérentes à la fonction et faire en sorte de gérer les situations de crise afin de ne recourir à la Direction Générale qu'en dernier ressort,
- anticiper les impacts budgétaires et contrôler toute dérive par rapport aux prévisions,
- manager le changement au sein de la DPRS et exercer une fonction de veille sociale pour le compte de la Direction Générale,

Plus spécifiquement, la direction de la DPRS assure des missions de pilotage :

- elle définit en relation avec la Direction Générale la politique d'emploi et de recrutement. Elle est le garant de la mise en place de cette politique,
- elle est responsable des impacts budgétaires (en amont) et de leur suivi en cours d'exercice, en relation avec la Direction des Affaires Financières et des pôles,
- elle est garante de la mise en place et du suivi opérationnel des évaluations annuelles des objectifs et compétences des personnels. Elle veille au respect des procédures et à la bonne application des textes en la matière,
- elle s'assure de la qualité et de la cohérence des statistiques et indicateurs élaborés par la DPRS,
- elle s'assure de la qualité des informations disponibles dans la base de connaissances DPRS accessible sur intra net, en terme de pertinence et de mise à jour régulière,
- elle gère les contentieux, la veille juridique et la documentation sociale,
- elle assure le suivi et / ou l'animation des groupes de travail en lien avec son secteur d'activité,
- elle assure la relation avec les partenaires sociaux et est présente dans les différentes instances de l'établissement.

De même, cette direction doit veiller au bon fonctionnement des missions transverses à la DPRS :

- l'accueil des personnes à la DPRS (accueil téléphonique, recherche des bons interlocuteurs, routage vers un secrétariat spécifique), mise à jour de l'annuaire téléphonique et courriel de la DPRS, publication sur le serveur, prise de rendez-vous...
- le secrétariat central de la DPRS,
- les contentieux et la gestion documentaire juridique pilotés directement par le directeur de la DPRS. Ce service met à disposition des autres entités son savoir-faire et renseigne au besoin la base de connaissances DPRS pour les aspects juridiques les plus fréquemment sollicités par les pôles,
- le référent informatique, dont les missions doivent être clarifiées, serait chargé d'offrir une véritable assistance de premier niveau pour tous les besoins bureautiques, afin de répondre aux demandes d'intervention ou d'évolution des services offerts par le Système d'Information des Ressources Humaines (SIRH). Il pourrait être formé comme « webmaster » et serait responsable auprès des différentes entités de la tenue à jour des informations publiées dans la base de connaissances DPRS.

La direction « gestion des carrières et de la paie » conserve sa mission de gestionnaire des personnels dans le respect des règles statutaires. Elle veille à l'amélioration de la qualité du service apporté à l'établissement en considérant les employés (titulaires, contractuels et stagiaires) comme des « clients » et non comme des sources de dépenses.

Ses principales missions consisteraient-en :

- la gestion des dossiers du personnel et de sa carrière quel que soit son statut administratif (titulaire, contractuel, apprentis, stagiaires rémunérés ou non...) et les processus de changements de statut (recrutement en CDD, nomination, stagiairisation, titularisation, avancement, concours...),
- la gestion de la paie, des arrêts maladie, arrêts de travail, des pertes d'emplois, des départs du CHU (gestion prévisionnelle des départs à la retraite, gestion des soldes de tout compte en démission),

Par ailleurs, cette direction doit approfondir son rôle de conseil et d'expertise en mettant en place et renseignant au fur et à mesure des évolutions législatives, la base documentaire et de connaissances accessibles sur l'intra net du CHU de Nantes. Cette base qui ne pourra être consultée que par des personnes habilitées présentera l'ensemble des aspects réglementaires applicables aux agents de l'établissements. Les mises à jour régulières et une validation systématique par le directeur de la DPRS, avant diffusion sur le réseau, lui assureront une garantie de sérieux et un gage de fiabilité.

En plus de ce nouvel outil de communication inter actif, la direction des carrières et de la paie se tient à la disposition des bureaux de personnel de proximité (bureau du personnel de site ou cadre administratif de pôle aux compétences renforcées en matière de gestion du personnel) pour répondre en seconde intention aux sollicitations des agents. Une traçabilité des demandes, des réponses et des délais de retour d'information doit être mise en place sur un outil informatique, type base de données. Les questions les plus fréquentes pourront faire l'objet d'une rubrique spécifique sur le site intra net de la DPRS. Enfin, certaines missions actuellement gérées tant au niveau central à la DPRS, qu'au niveau des sites par les bureaux du personnel devront également être restructurées et éventuellement redéfinies. La gestion et le contrôle des éléments variables de paie, le suivi des contrats à durée déterminée sont directement concernés par ce point. La gestion de proximité engagée par le CHU de Nantes incite à favoriser une prise de responsabilité au plus proche des utilisateurs et donc un suivi direct par les bureaux du personnel de proximité. Toutefois, le caractère éminemment stratégique et potentiellement conflictuel de ces missions implique un contrôle et une validation expresse de la direction des carrières.

La direction « gestion des ressources » s'assure de la cohérence des moyens alloués aux services avec les besoins de compétences qu'ils expriment. Ainsi, elle gère en étroite collaboration avec les services demandeurs les compétences requises, l'anticipation et le suivi des besoins par la formalisation et la mise en place d'outils de GPEC.

Les principales fonctions gérées par cette entité sont :

- la gestion opérationnelle des emplois et des compétences. Elle formalise et garantit que le processus opérationnel est mis en œuvre et respecté par tous,
- l'assistance à la qualification des besoins quantitatifs et qualitatifs exprimés par les pôles,
- l'instruction de la demande et de ses impacts (respect de la politique d'emploi, évaluation des impacts budgétaires, évaluation des besoins de formation...),
- la gestion opérationnelle des remplacements et des actions de recrutement (mobilité interne, mobilité externe, recrutement),
- la mise en place et l'animation d'un véritable accueil des embauchés en relation avec les services d'affectation des nouveaux personnels et le pôle formation,
- elle renseigne le référentiel des métiers et des compétences sous le contrôle de la direction de la DPRS,
- elle participe et assure le suivi opérationnel des évaluations annuelles des compétences (tableau de bord, relance) sous le contrôle de la direction de la DPRS,
- elle évalue les besoins en formation avec les pôles en terme qualitatif et quantitatif,

- elle définit en relation avec le pôle de formation, les filières de formation. Ce dernier pôle est chargé de monter, gérer et évaluer les formations souhaitées par les acteurs de terrain.

Le service social, les crèches et le CGOS, peu impactés par la nouvelle orientation de la DPRS, restent gérés selon l'organisation actuelle. De même, la gestion des stages et des formations via le pôle « gestion des écoles » demeure inchangée.

3.1.2 Les points clés du projet de transformation : les axes de progrès majeurs

3.1.2.1 La gestion unique du dossier administratif du personnel

Présentation

L'objectif est de gérer au sein d'une même entité, l'ensemble des employés rémunérés du CHU de Nantes, quels que soient leurs contrats (titulaire, contractuel en CDI et en CDD, contrat spéciaux). En effet, la gestion des contrats CDD peut être améliorée. Ils sont actuellement gérés à deux niveaux, en central pour la conclusion du contrat initial puis par les bureaux du personnel de site pour leurs renouvellements. Dans l'avenir, ils pourraient être gérés par les bureaux de proximité, dès lors que l'on améliore la transmission d'information entre l'entité DPRS et le bureau de proximité et que l'on arrive à réduire d'une manière drastique, par une meilleure gestion prévisionnelle, le nombre de renouvellements de contrats à gérer.

Avantages

- mettre en commun des processus qui sont aujourd'hui gérés par des équipes différentes,
- amenuiser les différences entre les catégories de personnel,
- préparer l'avenir en introduisant plus de souplesse,
- faciliter la gestion des changements de statut des contractuels vers la titularisation,
- favoriser la polyvalence des personnels chargés de gérer les carrières.

Risques

- engorgement des équipes pour la gestion de contrat en CDD de courte durée actuellement prise en charge par les personnels des bureaux de site,
- différences importantes du nombre de contrats « titulaires » et « contractuels » et des processus d'actualisation.

3.1.2.2 Formalisation de la gestion de l'accueil du personnel

Présentation

Le CHU de Nantes recrute en moyenne tout au long de l'année plus de 1 300 personnes. L'arrivée dans l'établissement de nouveaux embauchés est une chance pour le CHU de Nantes de transformer durablement son image vis-à-vis du personnel et d'introduire les

valeurs propres à l'hôpital en affirmant les missions, les droits et les devoirs des employés. Cet accueil doit être organisé par la DPRS. La gestion doit se faire au sein d'une cellule « gestion des nouveaux embauchés ». Cette structure d'accueil aurait pour mission d'organiser une journée de « bienvenue au CHU de Nantes », dont les principaux objectifs seraient :

- mettre en avant les valeurs et les missions du CHU de Nantes et les faire partager,
- présenter l'organisation du CHU de Nantes afin que les personnes situent clairement le service auquel ils sont affectés, le pôle ou entité de rattachement et le rôle de chaque acteur dans la structure (responsable hiérarchique pour les aspects métiers, responsable administratif de proximité pour les aspects administration et gestion),
- d'expliquer les droits et les devoirs du personnel (règlement intérieur, service apportés au personnel...),
- fournir les informations utiles aux nouveaux embauchés (élection, instances de représentation du personnel, syndicats...),
- répondre aux questions posées lors de l'accueil,
- remettre aux nouveaux employés un livret d'accueil, comprenant entre autre un questionnaire d'évaluation de la journée d'accueil, les codes et cartes d'accès (parking, restaurant du personnel, réseau informatique...).

3.1.2.3 Mettre en place une organisation basée sur les processus

Présentation

Les processus et l'organisation qu'ils sous-tendent sont peu connus des personnels. La répartition actuelle des tâches est source de dysfonctionnements sur tous les traitements qui nécessitent une actualisation des dossiers.

Cet axe suppose la remise à plat des processus, leur formalisation et l'adaptation de l'organisation interne pour gagner en efficacité.

Avantages

- mieux appréhender l'organisation « tacite » mise en place et les dysfonctionnements inhérents à ce type de fonctionnement (tâches devenues inutiles ou redondantes, déresponsabilisation des personnes qui exécutent une tâche sans avoir la vision globale du processus de gestion...),
- de faciliter la moindre dépendance de l'organisation vis-à-vis de certaines personnes. Le travail en équipe étant promu à la place de la « technicité individuelle »,
- de découvrir les « gisements de productivité » liés à une gestion plus fluide des dossiers (certaines personnes peuvent être réellement surchargées de manière

permanente ou ponctuelle alors que d'autres le sont beaucoup moins et qu'elles n'en ont pas forcément l'impression).

Risques

Les risques sont nombreux. Tant que les processus n'ont pas été analysés en profondeur et que les tâches réalisées par chaque personne et les potentiels d'évolution de ces personnes n'ont pas été évalués, il n'est pas possible de les quantifier avec exactitude.

On peut néanmoins considérer que les réticences au changement seront très fortes. Les vaincre supposent une forte solidarité des personnes chargées du projet de transformation. De même, sont absolument nécessaires des qualités d'écoute, de persuasion et de pragmatisme. Personne n'est à l'abri du changement, mais cela ne se fera que dans la concertation et de manière progressive.

3.1.2.4 Organiser la rotation des équipes

Présentation

La majorité des personnes font le même travail depuis des années. La routine s'installe et ne permet plus d'avoir une vision globale des missions qui leur sont confiées. La qualité du travail s'en ressent et les procédures de contrôle, par ailleurs très insuffisantes, ne permettent pas de résoudre les nombreux dysfonctionnements qui ont été signalés. Ce taylorisme est aggravé par l'absence de réunions périodiques de concertation, de réflexion et d'échange sur les éventuelles améliorations qui pourraient être apportées à la gestion quotidienne de la gestion des ressources humaines.

Avantages

Les perspectives de changement par la remise à plat des processus existant, peut créer une dynamique. Chaque personne est amenée à échanger avec ses collègues sans que personne ne soit remis en cause, à titre individuel. Cette solution permet d'établir de facto des redondances de compétences toujours utiles lors de l'absence de tel ou tel sur une période plus ou moins longue. De même, cette solution évite, à terme, pour les personnes concernées, des problématiques d'emploi, si les tâches auxquelles elles sont affectées se trouvent frappées d'obsolescence par une meilleure utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Risques

Les pesanteurs de la réglementation, les grands changements imposés de l'extérieur, les grandes réticences (à tous les niveaux) au changement, l'absence de management à la fois ferme, efficace et cohérent, le manque de solidarité entre les acteurs, le manque de visibilité sur les orientations de la direction, sont des facteurs d'affaiblissement à prendre en considération.

3.1.2.5 Rénover la gestion des ressources humaines de proximité

Présentation

La rénovation de la gestion de proximité suppose la mise en place d'un véritable « guichet unique administratif » au sein du pôle (ou de l'unité de rattachement). Le guichet unique doit permettre à chaque employé de savoir à quelle personne il peut soumettre une demande de renseignement de type administratif (congrés, récupération, RTT, prolongation de contrat, formation...) ou une requête et avoir la certitude d'obtenir un suivi et une réponse, au plus près de son lieu de travail.

Les principales fonctions réalisées par le personnel affecté à ces bureaux de proximité sont :

- guichet unique polyvalent et accueil,
- saisie et contrôle des éléments variables de paie,
- gestion des contrats à durée déterminés / remplacements / prolongations,
- tenue du tableau des emplois et des effectifs du ou des pôles de rattachement,
- instruction des dossiers des personnels rattachés au bureau de proximité,
- élaboration du tableau des emplois prévisionnels,
- gestion de la mobilité et des recrutements,
- réalisation du contrôle des dépenses en relation avec la DAF (fonction contrôle de gestion).

De même, le développement de la gestion de proximité passe également par le renforcement du rôle des cadres dans les services, en tant qu'interlocuteurs privilégiés des personnels et de la direction (générale et de pôle). Cette reconnaissance passe entre autre par la mise en place d'un mode de communication directe et fiable entre l'équipe de direction, les responsables de pôles et les cadres de proximité, mais également par l'imposition d'un respect des voies hiérarchiques quant aux réclamations ou demandes d'informations émanant des personnels

Avantages

Cette gestion de proximité a pour avantage la prise en compte du contexte particulier du pôle (ou de l'unité de rattachement) avec la consultation du responsable hiérarchique (et du référent si besoin), la certitude d'obtenir une réponse sûre, contrôlée, dans des délais arrêtés en commun, à travers un réseau RH dans lequel le responsable administratif de proximité joue le rôle de support de premier niveau et de relais vis-à-vis de la DPRS. Cette mise en place doit être synchronisée avec la mise en œuvre d'une véritable base de données et de connaissances accessible par l'intra net.

La mise en place du guichet unique permet de gérer les situations normales ou la qualification d'un problème au niveau des pôles ou des services ou des sites et de ne solliciter la DPRS qu'en situation de crise ou pour la gestion d'un cas très particulier.

Risques

Les risques sont nombreux. Il faut trouver les personnes capables de servir de relais, les former, les accompagner et promouvoir leur action pour les rendre crédibles. Ceci suppose la mise en place d'instance d'expression des préoccupations (renforcement de la représentativité et du rôle du Collège des cadres mis en place au CHU de Nantes au Printemps 2003) et des conditions d'amélioration de la structure de proximité mis en place. Le guichet unique doit par ailleurs desservir un nombre de personnes à peu près uniforme. Le regroupement de pôles médicaux et la création d'unité de rattachement pour les personnes qui ne seraient pas affectées à un pôle permettraient de résoudre ce problème.

3.1.2.6 Réaliser des économies pour mieux répondre aux demandes des services

Présentation

La connaissance à moyen et long terme des départs « programmés » (départ en retraite et en formation essentiellement) et une meilleure connaissance des besoins réels des pôles doit permettre d'ajuster, sans nuire à la qualité des prestations offertes, les effectifs et de mieux les répartir. Les économies qui peuvent en résulter doivent être mises globalement au service de la qualité des soins apportés aux patients. Chaque remplacement devra donc être justifié à partir de critères aussi objectifs que possible. Les études en cours sur l'évaluation de la charge de soin et les coûts à la pathologie sont également des aspects à prendre en compte.

Avantages

Les nombreux départs prévus dans les trois années qui viennent constituent une chance d'effectuer ce rééquilibrage en mettant en avant l'aspect qualitatif.

Risques

La culture économique n'existe pas au sein de la DPRS qui se tient à un rôle de gestionnaire et non de décideur.

Solutions envisagées

- sous traiter à la DAF l'ensemble des missions d'évaluation des impacts budgétaires et de suivi des opérations, ou muter à la DPRS une personne capable de réaliser ce travail de suivi (solution partiellement retenue à compter de septembre 2003),
- définir une mission de recherche systématique d'économie confiée à un chargé de mission. Cette personne pourrait être rattachée soit à la DPRS soit à la DAF. La recherche suppose un état d'esprit prospectif et non pas comptable ou procédurier, une fiabilisation des situations permettant une bonne analyse et l'intervention sur tous les postes susceptibles de réduire les dépenses même si les gains sont a priori faibles (frais de déplacements, primes...).

3.1.2.7 Changer la culture du personnel de la DPRS

Présentation

Alors même que des tableaux de bord existent, aucune analyse ne semble être faite. La DPRS n'est jamais force de proposition. Ainsi, le changement culturel et d'état d'esprit va donc au-delà de la simple culture économique.

Les changements majeurs à insuffler sont les suivants :

- un esprit de service. La DPRS est au service du personnel et non « Le service du personnel ». Toute demande transmise par les bureaux de proximité doit être traitée en respectant les principes de sûreté, de réactivité, de confidentialité, de recherche de solution. Si des dysfonctionnements existent, le personnel doit aller au-delà du simple constat, en faisant preuve d'initiatives et être force de propositions en se posant les questions suivantes. D'où provient l'erreur ? Pouvait-elle être évitée ? Quelles sont les solutions pour y remédier à l'avenir ? Les réunions hebdomadaires de service devraient servir à la résolution de ces dysfonctionnements au lieu de les gérer comme aujourd'hui en situation de crise permanente au coup par coup,
- une rigueur dans la gestion des dossiers. Les dossiers qui sont confiés sont des dossiers importants, pour le personnel du CHU de Nantes (évaluation des compétences, carrières, paies, maladies...) et pour la direction générale qui a pour objectif de satisfaire le personnel, afin que celui-ci se sente en confiance et centre ses préoccupations, non pas sur les revendications individuelles ou collectives, mais vers les missions qui lui sont confiées. Pour ce faire, le personnel de la DPRS doit bannir toute idée de la fatalité de l'erreur. La recherche du « Zéro défaut » doit être une préoccupation quotidienne,
- un travail en équipe. Personne ne détient à lui seul la totalité de la gestion des missions confiées à la DPRS et à leur relais dans les pôles ou dans les autres directions fonctionnelles avec lesquelles ils s'échangent et collaborent. Le cloisonnement actuel doit cesser et doit être remplacé par la prise en compte de valeurs communes. Le management de la DPRS devra donc évoluer dans ce sens, afin que tout le monde prenne exemple.

Avantages

- amélioration de la qualité globale de gestion des dossiers,
- se sentir reconnu par ses collègues et par les services « clients »,
- devenir force de propositions et se sentir écouté,
- mieux appréhender les évolutions nécessaires ou imposées par l'environnement,
- abolition des « fonctions électrons livres » au sein du service.

Risques

- moindre efficacité dans un premier temps,
- réticences de certaines personnes qui se réfugieront derrière une «technicité irremplaçable »,
- recherche constante du cas particulier pour ridiculiser la nouvelle organisation,
- création de clans et poches de résistance.

Solutions envisagées

- faire en sorte que tout le monde participe à la mise en place d'axes d'amélioration par la participation active de chaque agent de la DPRS aux réunions des groupes projet,
- faire des réunions de service efficaces en appliquant des méthodes de conduite de réunions adaptées,
- organiser des visites dans d'autres services pour que le personnel de la DPRS apprenne les contraintes de l'hôpital et puisse mieux appréhender les difficultés quotidiennes des pôles,
- organiser des présentations croisées au sein du service pour savoir ce que fait l'autre, c'est à dire son collègue direct,
- changer la forme du management actuel pour mettre en place un management moderne participatif.

3.1.3 Les priorités

Une erreur fondamentale consisterait à vouloir tout faire en même temps. Le projet de transformation doit au contraire s'étaler sur une période de 12 à 18 mois afin :

- de gérer les contraintes de continuité du service inhérentes à toutes administrations,
- de prendre le temps de bien s'approprier les avances et bénéfices de la nouvelle organisation,
- de rendre visible les améliorations apportées sur les points considérés comme critiques.

Pour ce faire, la découpe en chantiers, leur hiérarchisation et leur alignement sur des objectifs stratégiques devront être réalisés en priorité. Certains principes devront néanmoins être respectés :

- mettre en place la nouvelle organisation de la DPRS,
- mettre en place une véritable gestion de proximité par la transformation des bureaux de proximité et le renforcement du rôles des responsables de service,
- améliorer la gestion des besoins prévisionnels et les demandes de remplacement des pôles par une contribution constructive de la DPRS,

- fiabiliser la gestion des effectifs, des recrutements, des impacts budgétaires par une remise à plat des méthodes de travail du bureau chargé au sein de la DPRS de ces aspects.

Ces quatre priorités devront avoir trouvé leur solution au cours du premier semestre 2004 (palier 1).

Dans cette hypothèse, les résultats obtenus à l'issue du palier 1 seraient les suivants :

- la maîtrise des dépenses par la mise en place d'une gestion économique et par l'obtention d'éléments fiables permettant de prendre au bon moment et si possible par anticipation les bonnes décisions,
- la mise en place des bureaux de proximité et leur intégration dans les pôles.

3.2 Le plan de mise en œuvre

3.2.1 Présentation générale

Le projet de transformation et de modernisation de la DPRS doit s'inscrire dans une perspective d'évolution de l'organisation et de la politique managériale du CHU de Nantes. Les projets à synchroniser peuvent être répartis entre les différents domaines de préoccupation suivants :

- poursuivre la déconcentration et le renforcement de la gestion des pôles. Recomposition des pôles, affiner leur organisation, approfondir la notion de pôle « logistique et technique », de pôle « pilotage et administration » et de pôle « supportif » ; régler la problématique des personnels dépendants des responsables de sites. Cette première approche est d'ores et déjà engagée tant auprès des pôles médicaux par l'intermédiaire de la CME, que des pôles « supportifs » par un travail de recomposition en cours d'initialisation par les direction fonctionnelles,
- mettre en œuvre le projet de la Direction des Soins :
 - o La phase 1 de ce projet qui consiste à réaliser une enquête auprès de l'encadrement soignant pour avoir son ressenti sur la gestion de proximité, peut être lancée rapidement. Cette démarche doit s'engager à l'automne 2003 ; les résultats viendront enrichir, tant le processus de réingénierie des ressources humaines, que le processus d'évaluation du fonctionnement par pôle. Les phases suivantes en revanche, devront s'articuler avec les deux projets sus cités. En effet, auront un impact sur les actions à mettre en œuvre suite à cette enquête : les conséquences de l'évaluation du fonctionnement par pôle, notamment en matière de missions, responsabilités, méthodes et outils de façon générale ; les conséquences identiques liées plus spécifiquement à la requalification des processus RH.
 - o Mener une réflexion sur l'évolution des missions et responsabilités de la Direction des Soins dans le contexte général du CHU de Nantes et dans le cadre de l'organisation par pôle. Il semble donc nécessaire d'intégrer la dimension donnée par le nouveau cadre réglementaire (DSSI versus DS) pour fédérer l'ensemble des métiers soignants autour d'une même politique, d'un même projet et d'une même logique d'organisation des soins en développant le concept de « multidisciplinarité » et de partage des compétences. Il faut également : travailler sur l'évolution et la « modernisation » des métiers, des compétences, des organisations (nouvelles missions, nouvelles responsabilités, nouvelles pratiques) ;

donner du sens au rôle de « coordination des soins » ; donner du sens à la notion « d'efficience économique » (production d'indicateurs « coût / qualité »). De plus, en partenariat avec la DPRS, la Direction des Soins participe à l'élaboration et au maintien des référentiels des compétences et des métiers ; définit les ratios d'adéquation effectifs / compétences / activités sur la base d'indicateurs s'appuyant sur l'évaluation de la charge de travail, les compétences des personnels et les différents projets stratégiques et opérationnels. Cet important travail de fond ne pourra être réalisé qu'à moyen terme, tout au long de l'année 2004 voir jusqu'en 2005, grâce à l'implication des différents acteurs du changement (cadres de direction de la DPRS et de la DS en lien avec les orientations globales de la direction générale)

- o sur un échéancier plus court, la direction des soins participe également à la définition des règles et procédures de GRH de proximité dans le champ de ses responsabilités. L'interactivité entre la DS et la DPRS est constante et forte dans ce domaine.

3.2.2 Les conditions majeures de succès du projet de transformation

La mise en œuvre d'un tel bouleversement des modes de gestion des personnels au sein du CHU de Nantes implique une équipe de direction solidaire qui affiche les valeurs et les fait partager par les services qu'elle pilote.

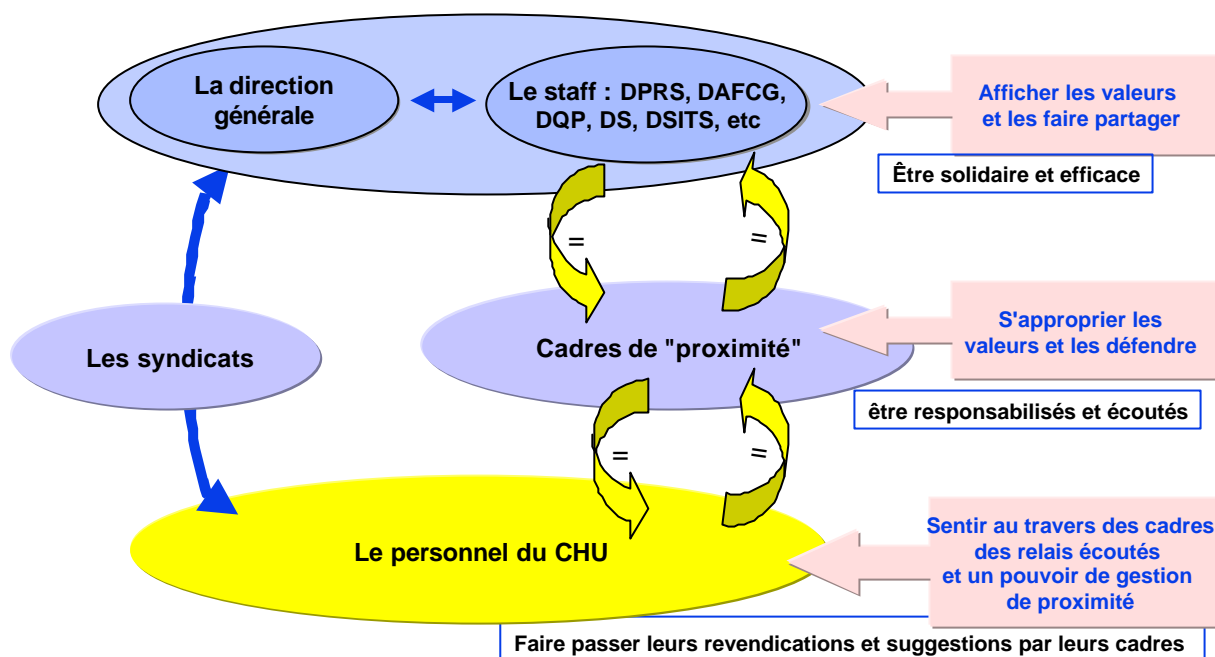
De même, il est nécessaire que la direction générale s'astreigne à une clarification et une simplification des rôles, voire à une réduction du nombre d'interlocuteurs présents dans le processus de GRH :

- le directeur de site et les personnels qu'il est amené à gérer,
- le directeur référent de pôle,
- le directeur de soins référent,
- le bureau des ressources humaines de site,
- le cadre administratif de pôle,
- le cadre de santé de pôle,
- les cadres de proximité de pôle.

Ces cadres de proximité qui seront impliqués dans le projet de transformation des relations sociales et de la DPRS se sentiront responsabilisés et reconnus. Ils doivent ainsi devenir des acteurs majeurs de la communication montante et descendante.

Les organisations syndicales ne devraient alors intervenir dans le jeu social que dans le cadre des instances prévues à cet effet.

On peut ainsi présenter le schéma des responsabilités de la nouvelle organisation de la manière suivante :



3.2.3 Les chantiers à mener pour moderniser le fonctionnement de la DPRS

Les principaux chantiers à mener sont les suivants :

- remettre à plat les processus clés et affiner l'organisation cible. Le travail de clarification des processus RH initié à l'occasion de cette étude doit être poursuivi et approfondi afin de cerner parfaitement les différentes étapes de la gestion des personnels, les acteurs concernés, les documents associés, les échéances temporelles connues et maîtrisables... Cette étape devrait débiter à l'Automne 2003,
- définir les acteurs du changement au sein de la DPRS et des autres services, par une rencontre systématique de chacun d'entre eux, afin d'évaluer leurs compétences réelles, leurs motivations et souhaits d'évolution professionnelle,
- formaliser les échanges avec les autres directions fonctionnelles, par la rédaction de procédures communes et d'outils de contrôle et/ou mesure,
- améliorer les contrôles internes dans l'optique de recueillir des résultats fiables et comparables dans le temps, sur lesquels la Direction Générale peut s'appuyer pour prendre de bonnes décisions. La mise en place et la communication en temps réel de tableaux de bords automatisés commun à l'ensemble des acteurs de GRH ne peut qu'être qu'une source importante de progrès,

- supprimer les pesanteurs liées aux lourdeurs de l'organisation actuelle, par la suppression de niveaux hiérarchique et/ou fonctionnels, par la clarification des processus décisionnels et par la réduction des délais de réponse,
- réveiller les compétences du personnel de la DPRS en les plaçant délibérément dans une dynamique de changement et en impliquant tous les acteurs de la DPRS, quel que soit leur niveau hiérarchique et leur fonction dans l'institution,
- mettre en œuvre une dynamique de la gestion de la relation sociale et ne plus se limiter à une gestion quantitative des ressources en personnel.

3.2.4 La découpe en étapes du plan de mise en œuvre

3.2.4.1 Etape 1 : lancement et mobilisation des acteurs

Cette étape¹² vise à mener les actions suivantes :

- mettre en œuvre les instances (Comité de pilotage, groupe projet et de travail),
- affiner la découpe du projet stratégique de transformation en sous projets plus opérationnels,
- survoler des solutions opérationnelles envisageables avec les chefs de bureaux,
- affiner les méthodes de travail et créer le groupe projet opérationnel,
- élaborer les notes de cadrage de chaque sous projet interne,
- vérifier le niveau de couplage avec les autres projets connexes en faisant un point d'avancement régulier sur ces projets,
- élaborer le planning prévisionnel global du projet,
- faire la note de cadrage général du projet et hiérarchiser les objectifs par palier,
- élaborer le plan de communication global sur le projet,
- élaborer le plan de communication interne à la DPRS.

¹² Cf ; Annexe 9 : Calendrier prévisionnel des étapes et chantiers du projet R²H

3.2.4.2 Etape 2 : étude détaillée de l'organisation cible et de la trajectoire de changement

Cette étape vise à mener à bien les différents chantiers suivants :

- chantier 1 : mise à plat, description et formalisation des processus RH,
- chantier 2 : évaluation des potentiels des personnels de la DPRS,
- chantier 3 : élaboration des fiches de missions et responsabilités par macro fonctions,
- chantier 4 : analyse détaillée du projet de transformation de la DPRS
 - o plan de formation adapté,
 - o plan d'assistance à l'appropriation des nouvelles missions au sein de la nouvelle organisation,
 - o définition des paliers et des résultats attendus par paliers,
- chantier 5 : lancement du projet de transformation
 - o actualisation du calendrier de mise en œuvre,
 - o description de l'organisation et des méthodes de conduite de projet,
 - o évaluation des charges internes à la DPRS,
 - o élaboration de la note de lancement

3.2.4.3 Etape 3 : la mise en œuvre du projet de transformation

Compte tenu des attentes fortes de la part de la direction et de la multiplicité des chantiers à mener pour aboutir à des résultats concrets et durables, le projet de transformation devra être mené selon une méthode adaptée, selon une hiérarchisation faite en fonction de résultats attendus et dans les délais arrêtés par le comité de pilotage.

Pour ce faire, une mise en place par paliers de transformation semble la méthode la plus cohérente. Un palier correspond à une situation stable répondant à des axes de progrès définis dans la note de cadrage. Pour chaque palier il est nécessaire de définir :

- les axes de progrès privilégiés en relation avec le plan de communication réalisé lors de l'étape 1,
- les résultats attendus et les indicateurs de performances permettant de vérifier que les objectifs assignés ont été atteints,
- la découpe en sous projets ou chantiers avec l'élaboration de la fiche projet (description, délai, responsable, acteurs concernés, résultats...),
- l'organisation mise en place pour mener à bien l'ensemble des travaux,
- le suivi opérationnel des tâches à accomplir.

En fin de palier, un bilan des actions doit être mené et la mesure des écarts doit être faite avant de se lancer dans le palier suivant.

Ce bilan permet de :

- communiquer sur les résultats tangibles obtenus ; ce qui renforce la cohésion des équipes et stimule les acteurs du changement,
- connaître les réorientations nécessaires pour faire face aux difficultés rencontrées,
- effectuer le pré-lancement du palier suivant.

3.2.5 Les instances

3.2.5.1 Le Comité de pilotage (Copil)

Le projet de transformation de la DPRS est indissociable des autres projets connexes et doit donc être synchronisé avec les autres projets structurant en cours. C'est pour cette raison qu'il est préconisé la création d'un comité de pilotage composé d'une équipe multidisciplinaire. Les grandes directions impactées par le projet sont :

- la DPRS puisqu'elle est la raison principale de ce projet de transformation,
- la DAF pour tout ce qui concerne les aspects économiques et de maîtrise et contrôle des dépenses,
- la Direction des Soins qui doit mieux mesurer ses besoins actuels et futurs (en quantité et qualité),
- la DSITS pour tout ce qui concerne une meilleure utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, afin de gagner en efficacité et réactivité,
- les directions de pôles et les directions de site dans le cadre de la mise en place des bureaux de proximité,
- la Direction Générale, en tant que décideur final.

3.2.5.2 Le Comité Opération Projet (COP)

Le projet de transformation est découpé en certain nombre de sous projets. Un sous projet particulier sera la synchronisation avec les projets connexes qui sont portés par les autres directions.

Chaque sous-projet (par exemple : la rénovation du pool accueil/secrétariat ; la mise en place de l'accueil des nouveaux embauchés, la fiabilisation de la gestion des effectifs, mise en place des bureaux de proximité...) sera géré comme un projet. C'est à dire qu'il y aura désignation au sein des effectifs en place d'un chef de sous projet (ou chantier), avec un planning, un plan d'action, des comptes rendus, des indicateurs, des revues d'avancement...

Ce COP pourra être animé par le « directeur de projet » de la transformation de la DPRS (qui peut être un intervenant externe au CHU de Nantes ou un cadre de la DPRS) assisté d'un chef de projet opérationnel, qui peut être trouvé en interne à la Direction de la Qualité et des Projets. Chaque chef de projet en est membre et rapporte sa situation d'avancement de manière hebdomadaire.

CONCLUSION

La gestion de proximité prônée par les plus hautes autorités de l'Etat et mise en œuvre au CHU de Nantes depuis plus de cinq ans, sous la forme de pôles médicaux et logistiques, implique une véritable révolution culturelle des modes d'organisation des établissements sanitaires. Outre la sensibilisation du corps médical à la gestion des EPS, la décentralisation des responsabilités administratives vers des acteurs de terrain est un élément marquant de cette nouvelle gouvernance hospitalière.

Cependant, la mise en œuvre d'une telle démarche n'est pas sans difficultés, liées tant aux réticences aux changements inhérentes à toutes modifications d'organisation quels que soient son ampleur ou son champ d'application (gêne psychologique), qu'aux contraintes techniques et matérielles liées à ces modifications structurelles et organisationnelles. L'exemple du CHU de Nantes montre l'ampleur du chantier en cours et les limites de ces démarches de modernisation. Ainsi, le nouveau positionnement des acteurs, la volonté de clarification des processus décisionnels ou l'important travail de formalisation des procédures de gestion sont autant de sources de pouvoirs qu'il semble difficile de partager selon les nouvelles directives gouvernementales.

Les récentes démarches de réingénierie des ressources humaines engagées au sein du CHU de Nantes, impliquent d'importantes remises en causes des organisations de travail, des organigrammes hiérarchiques et fonctionnels, ainsi que des compétences techniques et relationnelles des personnels de ces services. Les résultats des études initiées à la demande de la direction générale et des responsables de la DPRS (projet R²H et le présent mémoire) peuvent (devraient) servir de socle aux projets de modernisation des relations sociales à mettre en œuvre dans l'établissement. Toutefois, ces travaux ne peuvent ni s'envisager à court terme, ni être mis en place sans moyens spécifiques (moyens humains, mais aussi financiers et logistiques). Cette démarche est nécessairement longue, fastidieuse et ardue à mettre en place. La hiérarchisation des priorités, ainsi que la programmation des étapes, chantiers et actions en mode projet, sont les premières phases à engager, avant toute composition de groupes de travail ou modification unilatérale des processus RH actuels. De même, un important effort de communication vers les personnels et les organisations syndicales quant à ces projets semble indispensable, en vue de dédramatiser le processus de changement, mais aussi afin d'engager une nouvelle et véritable politique de transparence et de confiance réciproque.

La mise en cohérence de la politique institutionnelle développée par la direction générale, prônant la décentralisation des responsabilités, avec les modes d'organisation de la DPRS de manière spécifique et la gestion des ressources humaine de manière plus globale, passe par une profonde et douloureuse remise à plat de toute l'organisation

sociale du CHU de Nantes. Tous les acteurs devront être évalués, repositionnés et reconnus selon leurs véritables compétences et rôles dans la future structure, qui elle-même verra ses contours et sa physionomie modifiés et clarifiés.

Changements culturels, changements organisationnels, changements techniques, tels sont les défis qui attendent la direction générale, la direction du personnel et des relations sociales, mais aussi et surtout les directions des pôles et les agents des services concernés !

Bibliographie

- ALTER N. *La gestion du désordre*. L'Harmattan, 1991
- ALTER N. *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*. PUF, 1996
- ANZIEU D & MARTTY J. Y. *La dynamique des groupes restreints*. PUF 1982
- AUBERT N. , GUERE J. P. , JALES J. , LAROCHE H. , MICHEL S. *Management aspect humains et organisationnels*. PUF Fondamental, avril 1991.
- BOMMENSATH M. *Manager l'intelligence de votre entreprise*. Les éditions d'organisation, 1987.
- BUTERA F. *La métamorphose de l'organisation Du château au réseau*. Les éditions d'organisation, octobre 1991.
- CHANLAT J. F. , SEGUIN F. *L'analyse des organisations, une anthologie sociologique, Tome II, les composantes de l'organisation*. Gaëtan Morin Editeur, 1985.
- ENRIQUEZ E. *L'organisation en analyse*. PUF 1992
- EXPERT P. *Y a-t-il une vie après la contractualisation interne ?* Gestion Hospitalière, Novembre 2002 n°420, Cahier 172.
- FOURRIERE M. J. , MARCHAND P. , SCHARFF D. , GRESTITIN P. *Contractualiser pour responsabiliser*. Gestion Hospitalière, Novembre 2002 n°420, Cahier 172.
- GELINIER O. *Stratégie de l'entreprise et motivation des hommes*. Les éditions d'organisation, mai 1990.
- HATT J. , LUCAS S. *Management hospitalier Stratégies nouvelles des cadres*. 2002
- HOTCH M. J. *La théorie des organisations, de l'intérêt de perspectives multiples*. De Boeck université, 28 août 1999.
- KENNEDY C. MAXIMA L. *Toutes les théories du management*. Du Mesnil éditeur, janvier 1993.
- LEMENESTREL J. , SCHPILBERG M. *Au revoir et merci Monsieur Taylor*. Edition d'organisation, janvier 1999.
- MOESSINGER P. *Les fondements de l'organisation*. PUF la sociologie, février 1991.
- MORGAN G. *Images de l'organisation*. Les presses de l'université Laval, Edition Eska, 9^{ème} tirage, 1998.
- ORSANI J. *Politique générale de l'entreprise*. Vuibert entreprise, 23 décembre 1986.
- PIRETTI J. M. et al *Tous DRH*. Les éditions organisation, 4^{ème} tirage 1997.
- RAPERT G. , HOSPEL R. *Construire des organisations qualifiantes ou comment concilier compétitivité et solidarité*. Les éditions d'organisation, octobre 1995.
- SERIEZX H. *Le big bang des organisations*. Calmann Lévy, 1993
- SIMON H. A. *Administration et processus*. Gestion économique, septembre 1983.
- Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, *Projet d'établissement 2003-2007*.

Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, *Projet social*.

Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, *Suivi du projet social*.

Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, *Rapport d'accréditation*, septembre 2002.

Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, *Bilan social*, 2000 et 2002.

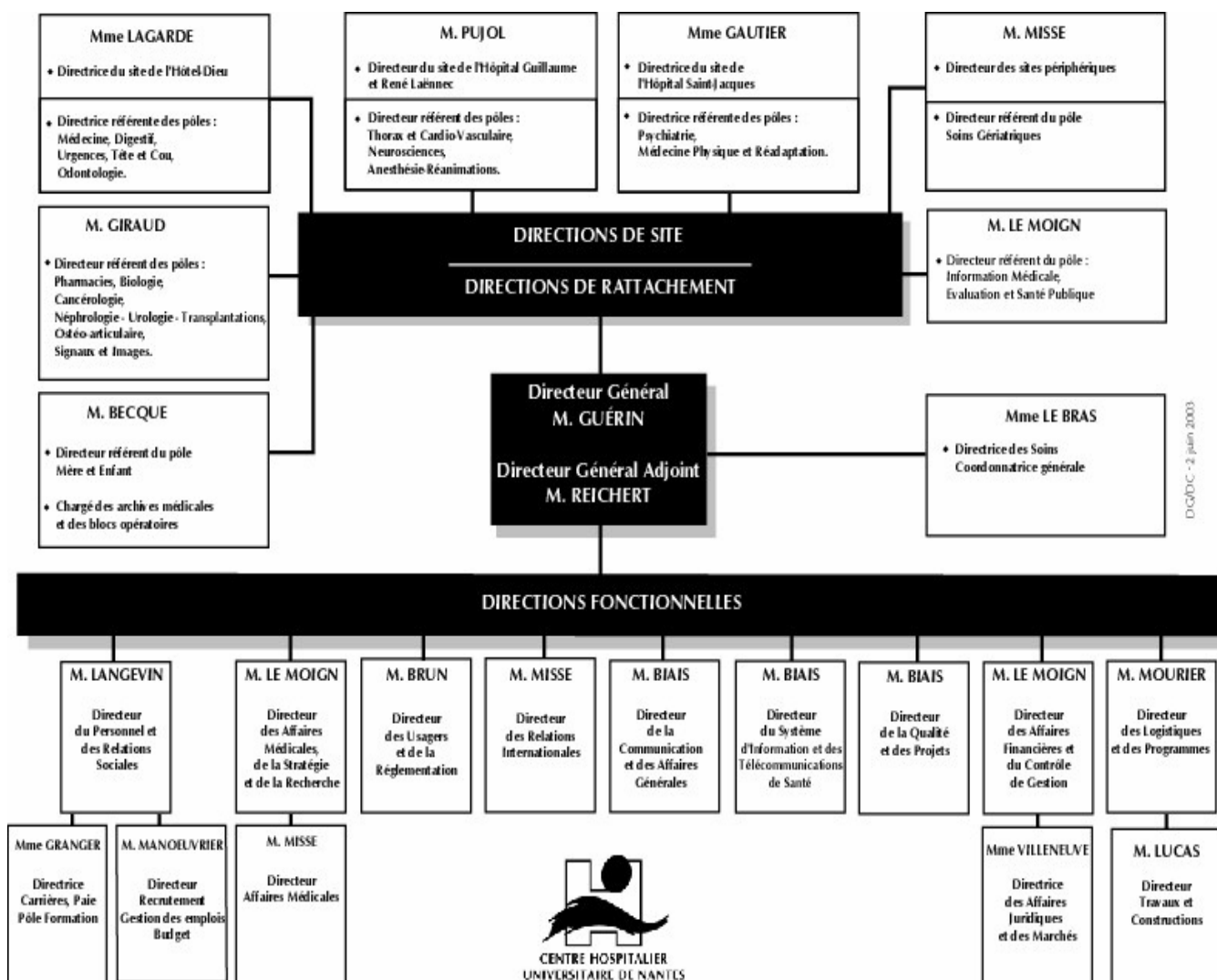
ANAES, *Rapport synthèse générale*, juillet 2001

Liste des annexes

- Annexe 1** : Organigramme de direction du CHU de Nantes
- Annexe 2** : Schéma d'organisation en pôle du CHU de Nantes
- Annexe 3** : Liste des personnes rencontrées dans le cadre des entretiens réalisés pour le projet de réingénierie des ressources humaines (R²H) du CHU de Nantes
- Annexe 4** : Liste des personnes rencontrées hors du CHU de Nantes
- Annexe 5** : Liste des partenaires sociaux rencontrés au sein du CHU de Nantes
- Annexe 6** : Guide d'entretien utilisé au sein du CHU de Nantes
- Annexe 7** : Organigramme de la DPRS du CHU de Nantes
- Annexe 8** : Tableau des effectifs rémunérés et ETP de la DPRS – juin 2003
- Annexe 9** : Calendrier prévisionnel du projet R²H

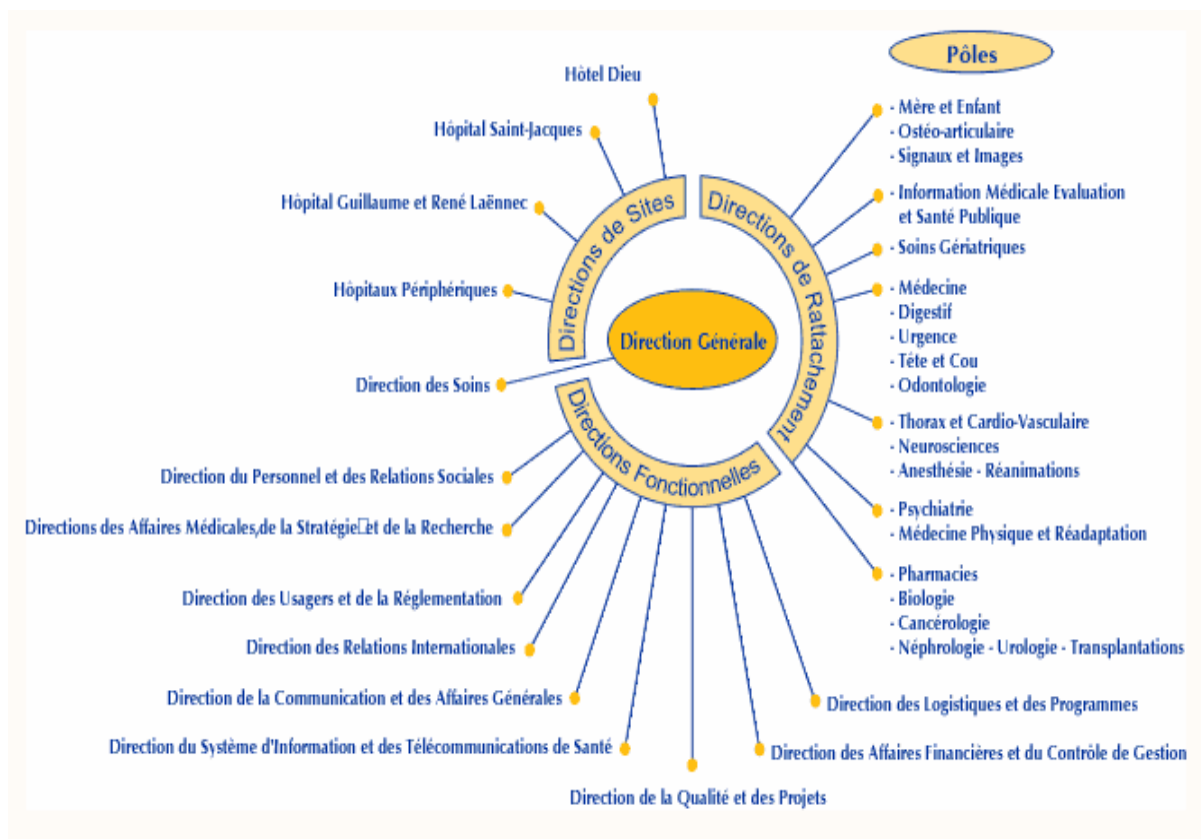
Annexes

Annexe 1



Organigramme05.a1 02/06/2003

Annexe 2



Annexe 3

Date et horaires des entretiens en salle des concours DPRS	Personnes à rencontrer	Personnes participant à l'entretien
8 avril 2003 de 14h00 à 16h00 Entretien 1	Directeur du service des soins infirmiers Mme Le Bras	M. Le Deuil Mme Marmet M. Maréchal
14 mai 2003 de 14h00 à 16h00 Entretien 2	Pôle Médecine : Professeur Grolleau Mme Texier M. Dherville	Mme Marmet Mme Lebras M. Maréchal
12 mai 2003 de 13h30 à 15h30 Entretien 3	Pôle Mère / enfant : Professeur Barrière Mme Charron Mme Derrendinger Mme Raymond	M. Le Deuil Mme Marmet M. Becque M. Maréchal
12 mai 2003 de 17h00 à 18h00 Entretien 4	Directeurs fonctionnels DPRS : M. Langevin Mme Granger M. Manoeuvrier	M. Le Deuil Mme Marmet M. Reichert M. Maréchal
15 mai 2003 de 08h30 à 10h30 Entretien 5	Cadres Ressources Humaines en central : M. Boudaud Mme Le Berre Mme Cassagne	M. Le Deuil Mme Marmet Mme Granger M. Maréchal
15 mai 2003 de 10h30 à 12h30 Entretien 6	Cadres Ressources Humaines en central : Mme Mehhane Mme Daumont Mme Baty - Baudry	M. Le Deuil Mme Marmet M. Manoeuvrier M. Maréchal
15 mai 2003 de 14h00 à 16h00 Entretien 7	Directeurs de soins référents : Mme Gelabale M. Ribière Mme Villate	M. Le Deuil Mme Marmet Mme Lebras M. Maréchal
15 mai 2003 de 16h00 à 18h00 Entretien 8	Directeur référent de site : Mme Gautier	M. Le Deuil Mme Marmet M. Becque M. Maréchal
19 mai 2003 de 08h30 à 10h30 Entretien 9	Directeur référent fonctionnel : M. Mourier	M. Le Deuil M. Bourrel M. Maréchal
19 mai 2003 de 10h30 à 12h30 ou de 14h00 à 16h00 Entretien 10	Pôle Neurosciences : Professeur Menegalli Mme Dedieu M. Riou	M. Le Deuil M. Maréchal
19 mai 2003 de 17h30 à 19h30 Entretien 11	Directeur référent de pôle : M. Giraud	M. Le Deuil M. Becque M. Maréchal
20 mai 2003 de 09h00 à 11h00 Entretien 12	Cadres Ressources Humaines de site : Mme Bouchereau M. Rivalland Mme Frangeul Mme Delaunay	M. Le Deuil Mme Marmet M. Manoeuvrier M. Maréchal
20 mai 2003 de 14h00 à 16h00 Entretien 13	Pôle Biologie : Professeur Lustenberger M. Poirier Mme Philippe M. Bensadoun	M. Le Deuil Mme Marmet M. Bourrel M. Maréchal
21 mai 2003 de 12h00 à 12h45 Entretien 14	Membre de la CME Docteur Dubois	M. Le Deuil Mme Marmet M. Maréchal

Annexe 4

Personnes rencontrées	Groupes – Marques	Dates des entretiens
Mademoiselle REYNAUD Elève Directrice d'Hôpital	CHU de Montpellier	10 juin 2003 – de 11h00 à 12h00
Monsieur FRANGE Directeur des Ressources Humaines	Hôtel Sofitel de la Porte de Sèvre – Paris Groupe Accor	16 juin 2003 – de 10h30 à 14h30
Madame SANTAMARIA Directrice des Ressources Humaines	Marque LU France Usine de Courcouronnes Groupe Danone	17 juin 2003 – de 14h00 à 16h00
Monsieur RASTOUIL Directeur des Ressources Humaines	CHU de Toulouse	19 juin 2003 – de 15h30 à 18h00

Annexe 5

Personnes rencontrées	Syndicat	Dates des entretiens
Monsieur COUDRAY Monsieur ELZEA	FO	15 Avril 2002 – de 11h00 à 12h30
Madame OLIVIER Monsieur LE FLOC'H	CFDT	9 septembre 2003 – de 14h00 à 15h30
Madame TOURNAIS Monsieur BRUNO	CGT	10 septembre 2003 – de 10h00 à 12h00

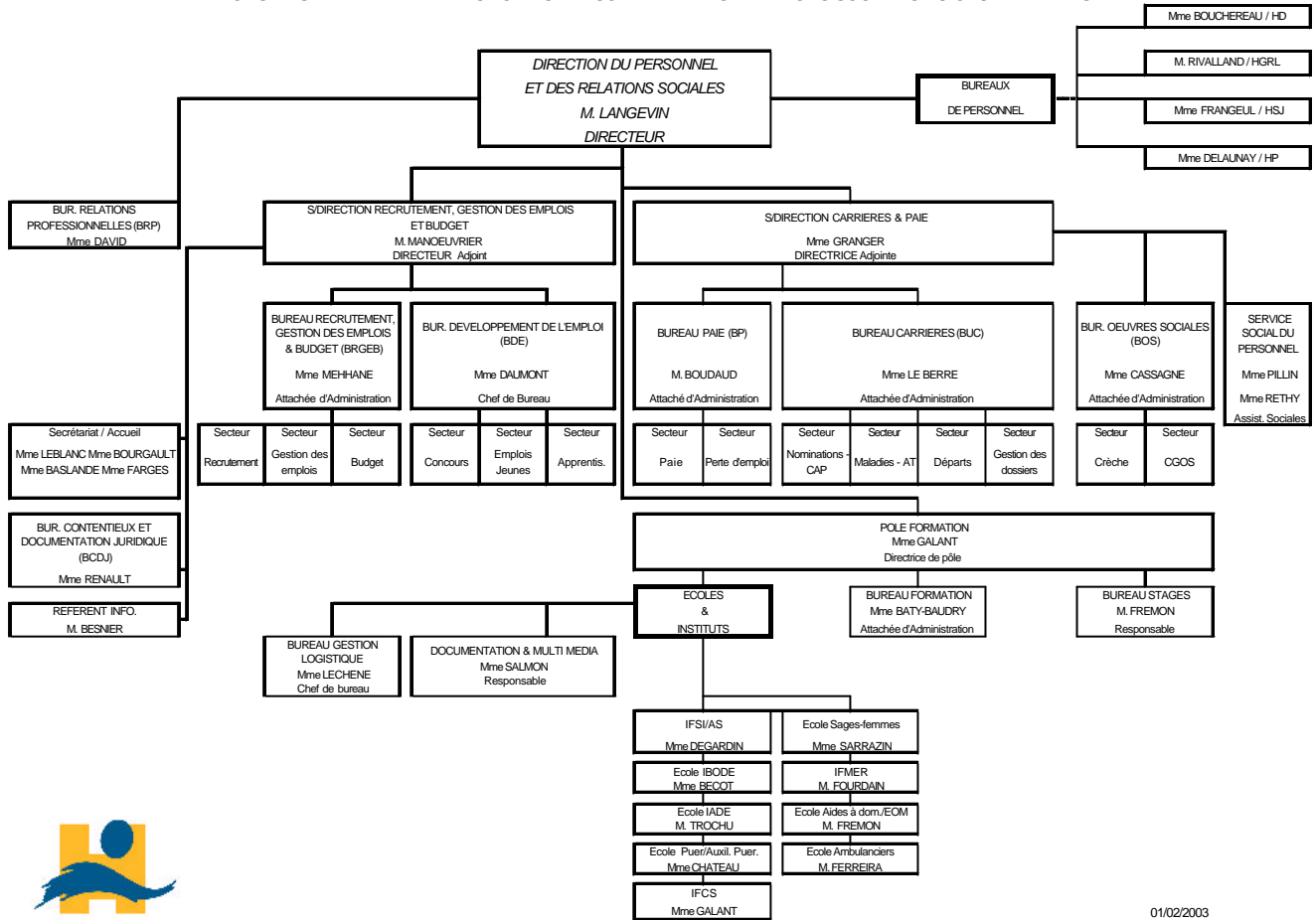
Annexe 6

Déroulement de l'entretien de groupe (pour les pôles)

- Présentation des personnes
- Rappel des objectifs poursuivis
- Présentation succincte de l'activité (du pôle)
- Présentation de l'organisation et de la répartition des rôles
- Analyse des processus faisant partie du périmètre d'étude
 - Gestion du tableau des effectifs
 - Gestion des remplacements
 - Recrutement / affectations
 - Gestion opérationnelle des RH
 - GEPC / évaluation / formation
 - Dialogue social
- Pour chaque processus, détermination :
 - détermination des dysfonctionnements et des préoccupations
 - détermination des axes d'amélioration
- Ebauche d'un plan d'action

Annexe 7

ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DU PERSONNEL ET DES RELATIONS SOCIALES DU CHU DE NANTES



01/02/2003

Annexe 8

		Rémunérés y compris mensualités de remplacement et équipe de suppléance	Postes au Tableau des emplois en ETP
20	DPRS (bible 23/06/03)		
30	Direction DPRS	3,00	3,00
30	Accueil	1,00	1,00
30	Secrétariat	3,10	3,00
971	Service social de personnel	2,30	2,00
30	Bureau relations professionnelles	2,00	3,00
30	Référent informatique	1,00	1,00
30	Bureau du contentieux	1,00	1,00
30	Bureau des recrutements gestion des emplois & budget	11,00	11,00
30	Bureaux du personnel de sites	13,40	13,00
36	Bureau du développement de l'emploi	3,00	3,00
30	Bureau de la paie	5,80	6,00
30	Bureau des carrières et des dossiers	14,40	14,50
34	Bureau des œuvres sociales	5,70	6,00
33	Bureau de la formation et des écoles	12,30	11,50
966	MAD auprès d'autres employeurs	5,50	5,50
962	Réinsertion	3,00	4,00
999	Promotion professionnelle	0,00	0,00
940	Equipe de suppléance	1,00	2,00
830	Affection générale CHU	6,50	40,50
967	MAD auprès des organisations syndicales	0,00	0,00
	Total	95 / 80 agents	131 / 81 postes

