



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital
Promotion 2006/2008
Date du Jury : décembre 2007

La délégation de la gestion des ressources humaines dans un établissement de l'AP-HP dans le cadre de la nouvelle gouvernance : organisation, analyse et préconisations.

LAETITIA LAVIGNE

Remerciements

Je remercie particulièrement M. Nicolas - Raphaël Fouque, DRH du Centre hospitalier de Saint Denis, pour son encadrement dans la rédaction de ce mémoire, pour ses conseils et pour les encouragements qu'il m'a prodigués.

Je remercie les personnes qui m'ont accordé un entretien à l'hôpital Robert Debré :

M. Jacques Léglise, directeur

Mme Marianne Bensaïd, DRH,

Mme Agnès Petit, directrice des investissements et chef de projet « nouvelle gouvernance »

Mme Martine Massiani, directrice des soins

Mme le Professeur Marie-Christine Mouren-Siméoni, Présidente de la CCM et ancien médecin responsable du pôle de pédiatrie spécialisée

M. le professeur François Beauvils, consultant

Mme Hélène Friedel, responsable de la gestion du personnel médical

Mme Malika Saadi, contrôleur de gestion et ex cadre administratif de pôle

Mme Catherine Toffolon, puéricultrice cadre paramédical de pôle

M. Hervé Le Men, cadre paramédical de pôle

Mme Noëlle Flon, cadre paramédical de pôle

Mme Claire Milan, sage femme cadre supérieur de pôle

Mme Françoise Couëdel, cadre administratif de pôle

Mme Martine Bacheley, responsable de la formation

Mme Corinne Marnay, assistante de direction

Et, en dehors de l'hôpital :

Mme Joëlle Cantori, DRH de l'hôpital Tenon

M. Jean - François Itty, DRH de l'hôpital Bichat

Mme Marie-Andrée Lautru Directrice des affaires médicales à l'hôpital européen Georges Pompidou

Madame Vannessa Fage – Moreel, directrice de site au CHU de Strasbourg

M. Dominique Peljak, directeur des finances au CH de Melun

M. le Professeur Philippe Thibault, médecin responsable de pôle à l'hôpital Tenon

M. Jacques Chapalain, cadre paramédical de pôle à l'hôpital Tenon

Mme Delphine Dubarry, cadre administratif de pôle à l'hôpital Tenon

M. Christian Denise, cadre administratif de pôle à l'hôpital Tenon

M. Fabien Martinez, chargé de mission nouvelle gouvernance à l' AP – HP

Mes collègues élèves – directeurs qui m'ont apporté des éléments de comparaison

S O M M A I R E

INTRODUCTION	5
PARTIE 1 : L'ORGANISATION DE LA DELEGATION DE GESTION DANS LE DOMAINE DES RESSOURCES HUMAINES A L'HOPITAL ROBERT DEBRE	11
1.1 LES OBJECTIFS GENERAUX DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE ET LE LIEN AVEC LA DELEGATION DE GESTION DANS LE DOMAINE DES RESSOURCES HUMAINES AUX POLES	12
1.1.3. <i>La délégation de gestion, sa nature et son cadre juridique :</i>	17
1.2 LE CADRE INSTITUTIONNEL DE L'AP-HP ET SON ROLE DANS LA MISE EN PLACE DES DELEGATIONS DE GESTION :	21
1.2.1. <i>L'élaboration et le contenu du guide de la délégation :</i>	21
1.2.2. <i>Le groupe de travail sur la délégation dans le domaine des ressources humaines fournit des précisions sur l'esprit et les règles de la délégation :</i>	23
1.2.3. <i>Les domaines obligatoires de délégation et comment ils ont été déterminés :</i>	24
1.3 LA MISE EN PLACE DE LA DELEGATION DE GESTION DANS LE DOMAINE DES RESSOURCES HUMAINES A L'HOPITAL ROBERT DEBRE	26
1.3.1 <i>Un calendrier serré et volontariste de mise en place à Robert Debré :</i>	26
1.3.2 <i>L'examen du contenu des contrats de pôles :</i>	27
1.3.3 <i>La méthodologie retenue traduit une volonté de travailler de manière consensuelle et en équipe : ...</i>	29
1.3.4 <i>Des principes sont fixés pour garantir le respect de la légalité, de l'équité et pour donner un cadre à l'organisation :</i>	29
1.3.5 <i>Le champ des délégations se caractérise par un périmètre évolutif :</i>	30
1.4 COMPARAISONS AVEC D'AUTRES ETABLISSEMENTS DE L'AP-HP ET HORS AP-HP :	34
PARTIE 2 : ANALYSE DE LA DELEGATION DANS LE DOMAINE DES RESSOURCES HUMAINES A ROBERT DEBRE, POINT DE VUE DES ACTEURS ET PREMIERS ELEMENTS DE BILAN	37
2.1. LE POINT DE VUE DES ACTEURS :	37
2.2. PREMIERS ELEMENTS DE BILAN :	43
2.2.1. <i>L'application du principe de subsidiarité se révèle bénéfique pour le recrutement et pour l'organisation du travail :</i>	43
2.2.2. <i>Les bénéfices liés aux efforts de réorganisation et de mutualisation des ressources :</i>	45
2.2.3. <i>L'émergence d'une véritable culture de pôle favorise l'enracinement du changement :</i>	45
2.2.5. <i>Trois inquiétudes ne se sont pas concrétisées :</i>	50
2.2.6. <i>La réussite des délégations s'appuie sur la réalisation de certaines conditions :</i>	52
PARTIE 3 : VERIFICATION DES HYPOTHESES DE DEPART ET PRECONISATIONS D'ACTIONS POUR FAIRE DE LA DELEGATION RH UNE PLEINE REUSSITE ET POUR L'ETENDRE	55
3.1. VERIFICATION DES HYPOTHESES DE DEPART :	55

3.1.1. <i>La délégation de gestion induit une plus grande participation des pôles à leur gestion et les responsabilise, apporte des marges de manœuvre en vue d'une meilleure efficacité :</i>	55
3.1.2. <i>Vérification de la seconde hypothèse :</i>	59
3.2. PRECONISATIONS D' ACTIONS POUR FAIRE DE LA DELEGATION RH UNE PLEINE REUSSITE ET POUR L'ETENDRE	61
3.2.1. <i>Dégager des ressources pour la formation :</i>	61
3.2.2. <i>Adapter les responsabilités et les enveloppes déléguées aux spécificités du pôle pour valoriser la contractualisation et les délégations.</i>	64
3.2.3. <i>Renforcer l'homogénéité des pratiques dans les pôles.</i>	66
3.3. <i>Des préconisations d'extensions des délégations devraient se concrétiser à court terme afin de tirer parti de la dynamique constatée :</i>	68
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES :	75

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

CEL : Conseil Exécutif Local

CTLE : Comité technique local d'établissement

DDRH : Direction du développement des ressources humaines à l'AP-HP

Délégation RH : délégation de gestion dans le domaine des ressources humaines

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DPM : Direction du personnel médical à l'AP-HP

DRH : Directrice des Ressources Humaines (de l'hôpital Robert Debré) ou Direction des Ressources Humaines (le service, les gestionnaires) selon le contexte

DSI : Directrice des soins infirmiers

EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses

GHU : Groupement hospitalier universitaire

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmière diplômée d'Etat

NSIRH : nouveau système d'information des ressources humaines

PM : personnel médical

PNM : personnel non médical

SI : système d'information

SIRH : système d'information des ressources humaines

TPER : tableau prévisionnel des emplois rémunérés

INTRODUCTION

L'hôpital Robert Debré figure parmi les derniers nés des 38 hôpitaux de l'AP-HP et a ouvert ses portes le 2 mai 1988. Situé dans la zone nord-est de Paris, il appartient au Groupe Hospitalier Universitaire Nord, il est de par sa taille le plus grand hôpital pédiatrique de France. L'établissement a pour vocation la prise en charge des problèmes de santé des enfants, des adolescents, des femmes et des futures mères. Plus de 2200 personnes y travaillent et ont accueilli en 2006 plus de 35 000 patients, plus de 200 000 consultants et près de 65 000 urgences.

La spécialité pédiatrique de cet établissement n'est pas neutre dans les conditions de la mise en place des délégations de gestion dans le domaine des ressources humaines que ce mémoire propose d'analyser.

L'appartenance à l'AP-HP et la soumission aux décisions de son Conseil exécutif ont été marquantes dans cette mise en place. Des contrats de pôles type ont été réalisés et figurent en annexe 8 du règlement intérieur de l'AP-HP et ont été repris tels quels dans le règlement intérieur de chaque établissement. La procédure de formation des pôles et de nomination de leur exécutif est formalisée et comme en dispose aussi le règlement intérieur de l'AP-HP, le praticien responsable de pôle bénéficie d'une délégation de gestion du directeur de l'hôpital. Cette délégation de gestion constitue un outil pour le responsable du pôle d'activité, il en tire ses marges de manœuvre opérationnelles.

Le siège de l'AP-HP a pour missions, la stratégie, le pilotage et le contrôle, l'expertise et l'appui, ainsi que le développement des ressources humaines de l'AP-HP et a lancé dès 2005 des expérimentations de délégations dans le domaine des ressources humaines dans quelques établissements.

En parallèle au travail de mise en concordance des textes légaux et du règlement intérieur, un important travail de réflexion, de communication et de création d'outils a été réalisé en amont par l'AP-HP qui a défini un socle commun minimal de délégation aux pôles à mettre en place pour mars 2007 au plus tard et rédigé un guide de la délégation de gestion pour le domaine des ressources humaines. Les directions fonctionnelles des établissements et les pôles ont été associés à la détermination et à la définition du champ de la délégation, une méthodologie a été construite et appliquée dans les établissements.

J'ai pu constater une accélération de la délégation dans le domaine des ressources humaines entre mes deux stages à l'hôpital Robert Debré : début 2006, malgré la mise en

place des pôles, la tenue des premières conférences budgétaires, la préparation d'avant-contrats, ce sujet n'était pas évoqué ou alors très peu ; au printemps 2007, plusieurs délégations se mettaient en place.

Problématique de l'étude

Ce mémoire professionnel a pour objectif de mener des investigations sur un aspect particulier de la nouvelle gouvernance pour lequel les délégations définies aujourd'hui représentent finalement les plus importantes en termes budgétaires et en niveau de responsabilités : la délégation de la gestion du personnel non médical¹.

Dans cette perspective, les orientations suivantes peuvent être retenues afin de structurer le propos :

- analyser les modalités, les premiers résultats et les voies d'amélioration de la délégation de la gestion des ressources humaines aux pôles à l'hôpital Robert Debré tout en prenant en compte le point de vue des acteurs concernés et apporter des éléments de réponse aux deux grandes questions suivantes.

Premièrement la délégation de gestion dans le domaine des ressources humaines entraîne-t-elle un surcroît d'efficacité et d'efficience dans la prise en charge du patient tout en optimisant l'utilisation des ressources humaines ? En effet, les réformes hospitalières répondent à un souci d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et la délégation de gestion dans le domaine des ressources humaines a été identifiée comme outil et comme un levier d'action de cette amélioration.

Deuxièmement quelles en sont les conséquences pour le métier de Directeur d'hôpital et en particulier pour un DRH ?

Hypothèses

Sont ainsi posées deux hypothèses principales que les investigations permettront ou non de vérifier :

¹ La gestion du personnel médical n'est pas encore impactée à l'hôpital Robert Debré en raison essentiellement de ses règles statutaires de gestion.

- La délégation de gestion induit une participation supérieure des pôles à leur gestion, les responsabilise et apporte des marges de manœuvres en vue d'une plus grande efficacité.
- La mise en place de délégations de gestion modifie en profondeur les missions d'un directeur adjoint, en particulier celles du DRH.

L'impact de l'appartenance à l'AP-HP dans la mise en place de la délégation de gestion sera également analysé.

Méthodologie retenue

Pour répondre à ces questions, la méthodologie suivante a été utilisée :

Une première recherche documentaire a été menée afin d'acquérir une première vision du thème traité en utilisant les ressources documentaires de l' ENSP ainsi que l'intranet de l'hôpital Robert Debré et de l' AP-HP.

L'essentiel des délégations ayant été discutées et mises en œuvre entre janvier 2006 et mars 2007, période, pour l'essentiel, de cours à l' ENSP et non de stage, des recherches ont été conduites à la Direction des ressources humaines afin d'analyser des documents de travail et des compte rendus de réunions portant sur le sujet.² D'autres hôpitaux ont transmis les documents internes portant sur le sujet.

Ce travail ayant pour objectif de présenter les délégations de gestion dans leur application concrète et de fournir une analyse de terrain, un travail d'entretiens a été mené à partir d'un échantillon de personnes concernées par la mise en place des délégations de gestion.

Différents interlocuteurs ont été rencontrés sur la base de grilles d'entretiens semi directifs spécifiques :

Au sein de l'hôpital : le Directeur, la DRH, un directeur adjoint référent d'un pôle, la Directrice des soins, la Présidente du CCM, la Directrice des soins infirmiers, un médecin responsable de pôle, un professeur consultant, le contrôleur de gestion, la responsable du personnel médical, quatre cadres paramédicaux de pôle, deux cadres administratifs de pôle, deux gestionnaires de ressources humaines.

Dans d'autres établissements de l' AP-HP : 2 DRH, un directeur des affaires médicales, 3 cadres paramédicaux et cadres administratifs de pôle, une infirmière.

² Réunion du 15 novembre 2006 portant sur la répartition des crédits d'intérim, de remplacements, les heures supplémentaires et le fonctionnement de la cellule de recrutement.

Dans des établissements hors AP-HP : un DRH, un directeur financier, une directrice adjointe.

A l' AP-HP : un chargé de mission nouvelle gouvernance

Si la position d'élève directrice peut biaiser les réponses apportées par certaines personnes (tentées soit de positiver par crainte d'éventuelles « remontées » ou au contraire, présentant une attitude négative reflétant une résistance au changement), une grande sincérité et une grande franchise ont néanmoins été ressenties chez les interlocuteurs. La position d'élève directrice, proche de l'équipe de direction n'a pas semblé affecter la neutralité des échanges. Ce statut d' « observateur participant » paraît même avoir facilité l'accès aux interlocuteurs. L'élève directeur n'est pas – encore – perçu, lors de son stage, comme un « produit de l'organisation ». De plus, il convient de noter que la position d'élève directrice, si elle ne semble pas avoir joué un rôle négatif, a permis de collecter des documents et des témoignages facilement. Enfin, ce positionnement d' « observateur participant » a aussi permis de bénéficier d'outils de compréhension rapides de l'organisation.

Le personnel soignant non encadrant n'a pas été interrogé, afin de ne pas interférer avec la communication en cours sur le sujet dans l'établissement.

Les données ont été recueillies en apportant une attention particulière aux thèmes suivants : implication dans la mise en place des délégations de gestion dans les ressources humaines, les bénéfices ressentis, les difficultés. L'analyse des témoignages recueillis a ensuite fait émerger des caractéristiques communes qui ont été regroupées autour de thèmes transversaux comme le champ de la délégation, les évolutions dans l'organisation, les relations entre les pôles et la DRH, les évolutions souhaitables pour l'avenir.

En parallèle à ce travail de recueil de données, les pratiques et les discussions en conférences budgétaires, en conseils de pôle, en réunion des cadres paramédicaux ont été observées et analysées.

Enfin, une seconde recherche documentaire a été conduite afin d'éclaircir les aspects juridiques, socioéconomiques, managériaux de la délégation de gestion dans le domaine des ressources humaines.

Structuration de l'étude

Ces investigations conduisent à répondre en trois étapes :

Dans un premier temps, l'étude portera sur la mise en place de la délégation de gestion dans le domaine des ressources humaines à l'hôpital Robert Debré en la situant dans son contexte juridique, institutionnel et managérial, en détaillant la démarche méthodologique retenue, le contenu des contrats de pôle et les moyens mis en place.

Dans un deuxième temps, seront analysés les changements, les résultats et les réactions qu'elle suscite en apportant un intérêt particulier aux points de vue des acteurs et poserons les premiers éléments de bilan.

Enfin, dans une troisième partie sera étudiée la manière dont les hypothèses de départ peuvent ou non se vérifier et des préconisations permettant d'optimiser la délégation et de l'étendre à d'autres missions de la DRH seront proposées.

Cette introduction se terminera par des précisions sur toutes les raisons qui ont contribué au choix de ce sujet de mémoire :

- Le passage d'une gestion centralisée à une gestion partagée suscite des interrogations des acteurs face à ce qui peut être ressenti comme une «mutation culturelle». Effectivement, il s'agit de passer de la logique de « pouvoir du territoire » à celle de « pouvoir de projet » et d'une logique de statut, basée sur une hiérarchie pyramidale, à une logique de contractualisation, basée sur la compétence et les résultats. Ce changement entraîne une modification des rôles et des pouvoirs qu'il est important d'analyser.

- Par ailleurs, les changements de modes de fonctionnement qui concernent les ressources humaines sont particulièrement visibles pour le personnel en particulier pour le personnel d'encadrement, ce qui provoque des attentes en termes de simplification et de gestion de proximité et des inquiétudes sur un risque de « déréglementation », notamment de la part des organisations syndicales. Les changements d'organisation peuvent également avoir un impact sur le climat et les relations sociales.

- Les dépenses de personnel représentant 70 % des dépenses des hôpitaux, il convient d'optimiser cette dépense au moment même où une nouvelle logique se met en place, confrontant les recettes et l'activité aux dépenses. Déléguer et favoriser le principe de subsidiarité permettent-ils ou non d'atteindre cet objectif d'équilibre ?

- Parce qu'au-delà de leur coût, les ressources humaines contribuent en première ligne à la qualité de la prise en charge des patients, à la continuité et à la permanence des soins.

- Parce que les ressources humaines constituant un domaine complexe sur le plan juridique, technique et managérial en termes de décisions, on peut s'interroger sur ce que

la direction des ressources humaines peut déléguer « au terrain » sans perte de contrôle ni risque d'erreur. Autrement dit, il faut regarder comment il est possible de professionnaliser et de responsabiliser les acteurs concernés dans le pôle et quelles sont les limites de la délégation.

- Pour des raisons plus personnelles, liées à une expérience des ressources humaines dans les secteurs de la grande distribution et des télécommunications. Depuis quelques années, la fonction de DRH en entreprise se détourne des actes de gestion courante, souvent délégués, mutualisés ou externalisés au profit d'un recentrage sur des missions stratégiques liées à la gestion prévisionnelle des effectifs, à l'évaluation, au développement des emplois et des compétences, aux actions de fidélisation du personnel. Il paraissait important, à partir de cette expérience issue d'un milieu professionnel différent, d'analyser comment se mettent en place les délégations de gestion, comment évoluent les relations de travail entre la DRH et les équipes de terrain et quels bénéfices l'hôpital peut en tirer.

- Enfin, cette analyse revêt une signification particulière pour un futur directeur adjoint : elle permet d'éclairer la fonction de DRH sous l'angle de l'organisation des missions au regard des évolutions suscitées par la nouvelle gouvernance. Elle pose les questions de la mise en place du changement, de l'accompagnement des acteurs de terrain, de la capacité à mettre en place de nouveaux processus et relations de travail, de l'adaptation à l'évolution des missions, en un mot, elle concerne les capacités managériales indispensables à tout directeur adjoint.

PARTIE 1 : L'ORGANISATION DE LA DELEGATION DE GESTION DANS LE DOMAINE DES RESSOURCES HUMAINES A L'HOPITAL ROBERT DEBRE

Cette première partie a pour objet de replacer dans son contexte juridique, institutionnel et managérial la mise en place des délégations à l'hôpital Robert Debré.

La notion de gestion des ressources humaines sera définie en préambule :

La gestion des ressources humaines comprend de très nombreux champs d'action : l'élaboration et le pilotage de la politique de ressources humaines, la réflexion sur le projet social, le recrutement, la rémunération, la formation et le développement des compétences, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la gestion administrative du personnel et la rémunération, les relations sociales et la veille sociale, la santé et la sécurité au travail, le temps de travail, l'évaluation, la motivation des agents, les procédures disciplinaires. Le domaine d'action des ressources humaines se caractérise donc par son ampleur et exige la connaissance et le respect d'un important dispositif légal et réglementaire.

Cependant, en termes pratiques, il s'agit aussi, avant tout, de disposer des compétences nécessaires en adéquation avec les besoins et en prenant en compte les objectifs stratégiques déterminés par l'établissement. A cet égard, les délégations de gestion aux pôles doivent permettre, selon les domaines, de décider et d'effectuer au niveau le plus proche du terrain et le plus efficace ces actions d'accompagnement, par application du principe de subsidiarité.

1.1 LES OBJECTIFS GENERAUX DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE ET LE LIEN AVEC LA DELEGATION DE GESTION DANS LE DOMAINE DES RESSOURCES HUMAINES AUX POLES

Un rapide tableau des évolutions législatives et réglementaires ayant permis d'aboutir à la mise en place de la délégation de gestion dans le domaine des ressources humaines est dressé.

1.1.1. Un cadre réglementaire et une volonté politique qui se concrétisent par plusieurs textes :

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991

La loi du 31 juillet 1991 introduit une certaine souplesse dans l'organisation, afin de permettre de :

- recentrer les prestations autour du patient pour promouvoir des soins coordonnés,
- instaurer un réel dialogue et accroître la communication entre les professionnels autour d'objectifs définis en commun,
- associer les personnels à la gestion et à l'évolution de l'établissement

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996

Elle marque la volonté du législateur d'associer plus étroitement à la gestion de moyens (moyens, coûts, activités) ceux qui, au travers des responsabilités qu'ils exercent, influencent directement les évolutions des coûts et des activités.

Elle institue un mode de contractualisation interne et facultatif, consistant en la création de centres de responsabilité.

Si la maîtrise des moyens reste un objectif majeur, l'accent est mis sur les initiatives des équipes hospitalières et sur la médicalisation de la gestion, par le biais de négociations d'objectifs de qualité des soins et d'activités médicales.

Le décret 97- 6347 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé ouvre la possibilité pour le directeur de donner une délégation de signature aux praticiens responsables de centres de responsabilité dans les conditions prévues par le contrat de délégation de gestion.

La circulaire DH/AF/AF 3 n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé

Ses idées force :

- Déconcentrer les procédures internes ; appliquer un principe de subsidiarité des décisions au plus près des personnes qu'elles concernent ; mettre l'accent sur l'initiative des équipes
- Décliner les objectifs de qualité des soins et d'activités médicales
- Développer le dialogue entre la direction et les équipes, dans le respect du projet d'établissement et des moyens globaux.
 - Elaborer un contrat négocié et la mise en oeuvre de délégations de gestion. Ce contrat a pour but de fixer les objectifs et les moyens, et d'intéresser les équipes à la réalisation des objectifs.

Cette succession de textes montre une volonté récurrente de mettre en place des organisations efficaces, de maîtriser les coûts et développer la responsabilité des acteurs. Dans la pratique, leur application sera insuffisante. Un texte prévoyant une réforme globale est adopté.

Le plan hôpital 2007- circulaire DHOS/E1 n°200461 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière

La volonté politique de faire évoluer et de moderniser l'hôpital public est inscrite, à nouveau dans le plan Hôpital 2007. Les orientations de la politique de santé, dans le deuxième volet de mesures, concernent la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics. Ce plan propose entre autres, une refonte de l'organisation interne des établissements hospitaliers et une nouvelle entité juridique. Les pôles d'activité structurent cette organisation.

L'évolution de l'organisation en pôles d'activité doit faciliter le décloisonnement des organisations médicales. Elle nécessite le développement d'outils tels que la contractualisation interne et de fait, la mise en oeuvre de la subsidiarité. Cette nouvelle organisation nécessite également de repenser l'organisation et les responsabilités des équipes hospitalières. Certains CHU et l'Hôpital Européen Georges Pompidou sont, dès cette date, organisés en pôles d'activité.

1.1.2. La réforme de la « Nouvelle Gouvernance » généralise ces évolutions :

La logique de cette réforme s'inscrit dans l'esprit des précédents textes tout en tirant parti de leurs lacunes et de l'échec des précédentes expériences et en proposant un

changement global et novateur : il s'agit de modifier en profondeur les modes de fonctionnement et de management de l'hôpital, en réagissant contre une organisation obsolète : lourdeurs administratives, manque de réactivité et d'autonomie, en favorisant l'adaptation, en remotivant le personnel par une reconnaissance accrue de leurs compétences, en déconcentrant la gestion. L'implication concrète des médecins, des cadres de santé, la systématisation de la contractualisation, la possibilité d'intéressement font de cette réforme l'aboutissement d'années de réflexion et, pour l'instant, contrairement à la situation passée, une réussite sur le plan des premières réalisations.

- **L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé, prise en application de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit généralise et finalise la réforme :**

Cette ordonnance a pour objectifs de réorganiser la gestion et les modalités de prises de décision dans les hôpitaux français en modifiant notamment les relations entre les principaux acteurs. Avec l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005, elle constitue le quatrième volet du « plan hôpital 2007 ».

Cette réforme s'appuie sur trois axes : la répartition des pouvoirs, le développement d'une politique novatrice de contractualisation entre la direction et les pôles d'activité qu'elle rend obligatoires au 31 décembre 2006 et la mise en place des délégations de gestion.

- **Une répartition des pouvoirs nouvelle :**

La réforme a pour objectifs de lutter contre les rigidités et les cloisonnements de l'hôpital en introduisant de la souplesse et de la responsabilisation et d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement comme à la mise en œuvre de ses grandes orientations. Des projets de pôles en cohérence avec le projet d'établissement sont élaborés.

Le rôle des instances de l'hôpital est redistribué. Les missions de contrôle du conseil d'administration sont renforcées. Le conseil exécutif mis en place participe à la définition de la politique générale, c'est-à-dire qu'il crée les conditions d'un pilotage médico-administratif et recourt à des tableaux de bord et à des indicateurs.

La mise en place des pôles d'activité :

L'ordonnance précitée introduit une modification de l'organisation générale en créant des pôles d'activité. Cette réforme vise à permettre le décroisement des hôpitaux et ainsi améliorer la prise en charge des patients et la qualité du travail pluridisciplinaire.

Un pôle d'activité peut être défini comme un regroupement de services ou d'unités médicales (ou d'unités médico techniques) fondé sur un projet médical partagé et faisant l'objet d'une allocation de ressources communes. L'organisation en pôles d'activité associe les praticiens hospitaliers à la gestion de l'hôpital.

La dynamique de regroupements de services au sein d'un pôle d'activité vise à atteindre une taille critique, permettant par exemple, de dégager des marges de manœuvre en matière de gestion des personnels.

Une politique de contractualisation et de délégation :

La création des pôles s'accompagne du développement de la contractualisation interne et de la délégation de gestion. Le médecin responsable de pôle signe avec le directeur et le président de la CME un contrat pluriannuel de quatre ans en principe. Ce contrat comporte des objectifs d'activité et de qualité que le pôle doit atteindre, ainsi que des moyens, des indicateurs de suivi et des modalités d'intéressement. Ce contrat est réévalué annuellement.

La contractualisation, dans l'esprit de la réforme est indissociable de la délégation de gestion : elle prend corps avec le contrat de pôle ; elle vise à déconcentrer la prise de décision au niveau du pôle, les moyens délégués au pôle doivent lui permettre d'atteindre les objectifs inscrits dans le contrat de pôle. Il s'agit donc d'une délégation de responsabilités et non de simples transferts de tâches routinières. Bien que le terme soit employé fréquemment, il s'agit bien de délégation de gestion et non d'une simple déconcentration : dans les domaines concernés par des délégations de responsabilité ou d'enveloppes, c'est bien le pôle qui prend les décisions même si certaines d'entre elles, à l'issue du processus qui a conduit à les prendre, doivent être validées par un membre de la direction.

L'ensemble de la réforme a reçu le nom de « nouvelle gouvernance ». Cette expression renvoie à une approche juridique et fonctionnelle faite de répartition des pouvoirs, de délégation, de participation des différents acteurs hospitaliers. Souplesse, efficacité, modernisation en sont les maîtres mots.

La nouvelle gouvernance consacre donc un nouveau mode de pilotage et la contractualisation interne facilite le passage d'une « situation de demande systématique de moyens supplémentaires » à la mise en place d'une « volonté d'arbitrer au mieux entre les besoins exprimés »³.

³ FAURE A. "Nouvelle gouvernance, inquiétude et espoirs des futurs acteurs". Gestion hospitalière, janvier 2006

Les acteurs du terrain seront davantage associés à l'évolution de leurs services rassemblés en pôles dont les personnels s'exprimeront au sein d'un Conseil de pôle chargé de l'élaboration du projet de pôle. Ce nouveau mode de fonctionnement, qui conjugue les principes fondamentaux de démocratie sanitaire et de responsabilité, part du postulat de base qu'il faut faire confiance aux personnels travaillant sur le terrain pour faire progresser l'hôpital. Application concrète du principe de subsidiarité, la gestion d'une partie des ressources humaines, physiques, financières sera déléguée au pôle. Le responsable de pôle s'engagera sur des objectifs qui figureront dans un contrat signé avec le Directeur Général et la Présidente de la CME. C'est ce que l'on appelle la contractualisation. Ce contrat de pôle mentionnera les moyens délégués au pôle afin de réaliser des objectifs quantitatifs (accroissement de l'activité, maîtrise des dépenses) mais aussi qualitatifs (baisse des infections nosocomiales, du taux de ré-hospitalisation...). Les principes de subsidiarité et de délégation de moyens qui remplacent ainsi une organisation verticale et descendante, à travers la contractualisation, devraient permettre aux acteurs de soins de mieux maîtriser les leviers de leur activité auprès des malades.

Le lien avec la T2A, la tarification à l'activité :

La nouvelle gouvernance est formellement une réforme distincte de la mise en place de la T2A. Toutefois, elles s'appliquent concomitamment. Il paraît difficile de ne pas examiner l'articulation entre ces deux évolutions.

Lancée en 2004, la réforme de la tarification a pour but de mettre en place un système de financement médicalisé, où les acteurs sont responsabilisés, avec à terme, une convergence entre les hôpitaux anciennement sous dotation globale et les établissements privés.

La T2A introduit un changement de logique budgétaire : ce sont désormais les recettes qui font les dépenses et les ressources qui conditionnent l'activité. Des recettes plus importantes que prévu peuvent aussi permettre des investissements nouveaux.

Les ressources des hôpitaux sont liées à l'activité réalisée (effet volume). Les établissements sont donc incités non seulement à suivre l'évolution de leur activité mais surtout à maintenir leur niveau d'activité, voire à l'enrichir en développant leur attractivité.

D'autre part, ces ressources variables sont fixées en fonction de tarifs (effet prix) déterminés au niveau national.

La connaissance et l'analyse des coûts deviennent ainsi des éléments clés permettant aux hôpitaux de se positionner par rapport au prix fixé et ainsi d'élaborer des plans d'actions : plans de réduction des coûts, modification des processus et des modes de prise en charge.

La T2A permet donc d'internaliser la contrainte budgétaire au niveau des établissements, en l'incorporant à la prise de décision beaucoup plus qu'auparavant. Les établissements doivent ainsi optimiser l'emploi des ressources en produisant au coût le plus raisonnable. Leurs prix s'imposant à eux, les établissements ne peuvent donc jouer que sur leurs coûts et sur leurs volumes.

La délégation de gestion dans le domaine des ressources humaines peut permettre de jouer sur les coûts en les réduisant grâce à une meilleure organisation du travail ; le principe de subsidiarité et une meilleure connaissance des besoins au niveau d'un pôle peut conduire à l'adoption de mesures moins coûteuses par exemple s'agissant de moyens de remplacement et à une mutualisation des ressources.

1.1.3. La délégation de gestion, sa nature et son cadre juridique :

Les délégations de gestion placent les responsables de pôles dans leur rôle véritable puisqu'elle les responsabilise et les rend décisionnaires dans les domaines pour lesquels le pôle est considéré comme le niveau de décision et d'action le plus pertinent.

Selon les cas, deux types de responsabilité peuvent être délégués au pôle :

- **Un pouvoir de proposition :**

Le pôle propose, par exemple son plan de recrutement annuel ou donne son avis qui devient déterminant, par exemple sur la notation ou la promotion interne des personnels non médicaux, il s'agit plutôt dans ce premier cas d'un partage des responsabilités entre le pôle et la DRH. La DRH valide les décisions par souci du respect de la réglementation et car elle seule peut assurer la péréquation et l'harmonisation des décisions au niveau de l'établissement. Le terme de délégation peut apparaître trompeur et il conviendrait plutôt d'utiliser l'expression : « délégation de responsabilité dans le cadre d'un processus de décision ». Le changement réside dans le plein traitement des dossiers en amont par les pôles et par la diminution des contrôles d'opportunité a priori au profit de contrôles a posteriori sur le respect des règles.

- **Un pouvoir de décision autonome est reconnu :**

Le pôle se substitue à la DRH et décide, par exemple du déclenchement du remplacement de personnel non médical dans le cadre d'une enveloppe déléguée dont le montant figure dans le contrat de pôle et a été négocié entre le pôle et la direction ou

encore modifie en cours d'année ses ressources en personnel non médical (variation qualitative avec fongibilité à l'intérieur du tableau des emplois pour l'instant).

Dans de nombreux cas le pôle se substitue simplement au service, par exemple en ce qui concerne l'organisation des stages, l'organisation de l'évaluation ou encore la proposition de notation. Ces délégations n'étant pas nouvelles, seule sera étudiée l'influence exercée par la mise en place de délégations connexes.

Avant d'en détailler davantage le contenu, il convient d'examiner leur régime juridique.

Le régime juridique de la délégation de gestion aux responsables de pôle :

L'article L. 6145-16 CSP dispose que les responsables des pôles cliniques et médico techniques bénéficient de délégations de gestion, accordées par le directeur d'établissement après signature du contrat interne. Faute de précisions supplémentaires, c'est le directeur qui décide du contenu et des modalités de ce nouveau type de délégation. Son rôle prééminent est donc consacré dans la mise en place des délégations.

En effet, jusque là, le code de la santé publique ne prévoyait que des délégations de compétences ou des délégations de signature dans des conditions de légalité très précises et cumulatives :

1. - Elles sont autorisées par un texte. Il s'agit quasiment toujours d'un texte réglementaire (décret, arrêté, etc.).
2. - Elles ne peuvent être accordées que par une décision explicite et expresse indiquant précisément et clairement l'identité du délégataire ainsi que l'étendue de la délégation.
3. - Le délégant ne peut déléguer qu'une partie de ses compétences, sauf à ce que le transfert soit total auquel cas il s'agirait d'attribuer au délégataire la réalité du pouvoir de décision.

L'article D. 6143-33, alinéa 2 du code de la santé publique dispose que « le directeur peut également, sous sa responsabilité, déléguer sa signature dans les conditions prévues par l'article L. 6145-16. Ceux-ci [les délégataires] sont dès lors, dans l'exercice des actes de gestion pour lesquels ils bénéficient d'une délégation de signature, placés sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement. »

L'article L. 6145-16 CSP ne précisant ni le contenu et ni la portée des délégations de gestion accordées aux responsables de pôles, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) du ministère de la Santé a élaboré un guide explicatif d'une centaine de pages datant de juillet 2006. Ce guide apporte des précisions et explique que « *les délégations de gestion ne supposent pas nécessairement que le*

directeur consente une délégation de signature aux responsables de pôle et qu'en tout état de cause, elles ne peuvent porter que sur des matières qui, relevant des pouvoirs propres du directeur, n'excèdent pas le champ d'attribution du pôle. ».

Le document distingue entre la délégation de gestion ne revêtant pas la forme d'une délégation de signature de celle qui en prendra la forme.

Dans l'hypothèse où il ne s'agit pas d'une délégation de signature, il appartient au directeur d'établissement d'attribuer aux responsables de pôles les marges de manoeuvres nécessaires au bon fonctionnement de leur pôle. Il s'agit, en pratique, de définir les droits de tirage sur l'« enveloppe budgétaire du pôle » pour en permettre le fonctionnement (mensualités de remplacement, enveloppe formation), l'administration s'engageant à honorer toutes les demandes formulées par les responsables de pôle, sans en discuter l'opportunité, tant qu'elles n'excèdent pas les enveloppes définies.

Le responsable de pôle dispose en quelque sorte des pouvoirs d'ordonnateur secondaire pour les dépenses courantes dans les limites fixées par les enveloppes.

Dans l'hypothèse où il s'agit d'une délégation de signature, les questions suivantes sont normalement être exclues du champ des attributions du pôle :

- Les décisions requérant la consultation d'une instance d'établissement (CME, CTE, CAP etc.).

- Les décisions relatives à la politique générale des ressources humaines (recrutements permanents, sanctions disciplinaires, changements d'affectation des agents entre les pôles, les décisions en matière de notation du personnel, l'organisation générale du travail, etc.). Dans la plupart de ces domaines, cependant, des procédures permettant au pôle d'exprimer une proposition sont mises en place : choix d'une personne à recruter dans le respect du tableau des emplois, demande argumentée de sanction disciplinaire, proposition de notation.

- Les décisions relatives aux marchés publics : par exemple dans le domaine de la formation, le pôle propose une formation externe mais c'est la DRH qui signe le marché. Ce processus a permis de détecter en 2007 deux anomalies dans le circuit mis en place pour la délégation du plan de formation, il s'agissait de deux formations externes non conformes ni dans leur thème, ni dans leur coût.

En revanche, le directeur peut déléguer ses compétences aux responsables de pôles sur des matières entrant dans le champ de la gestion de chaque pôle. Par exemple, il en est ainsi :

- du recrutement du personnel de remplacement du pôle,
- du changement d'affectation des agents du pôle entre ses différentes structures internes (à l'exception des chefs de service nommés dans les conditions prévues à l'article L. 6146-4 CSP),
- de l'élaboration des tableaux mensuels de service des personnels du pôle.

La contractualisation interne aux établissements de santé devient l'outil opérationnel privilégié de définition des modalités de fonctionnement du pôle :

Conçu comme un instrument de structuration des pôles, le contrat interne, tel que défini par l'article L. 6145-16 CSP constitue un outil opérationnel privilégié de définition des modalités de fonctionnement des pôles. Ce contrat fait l'objet d'une négociation entre le directeur et le président de la Commission Médicale d'Etablissement. Juridiquement, il rappelle les contrats d'objectifs et de moyens.

Les contrats définissent les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. Si les cocontractants jouissent d'une très grande marge de manoeuvre, la DHOS précise qu'il est souhaitable que les négociations des contrats internes débutent sans attendre l'intervention d'une délibération du conseil d'administration, d'une part, afin de garantir le respect du calendrier de mise en place des pôles (31/12/2006), et d'autre part, dans la mesure où ces négociations permettront de nourrir concrètement l'élaboration de la politique de contractualisation interne (p. 96 du document précité).

S'agissant de la procédure de contractualisation, il convient de préciser que le contrat, une fois négocié, est cosigné entre le directeur et le président de la CME, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part. Toutefois, le responsable de pôle n'intervient pas seul dans cette procédure, l'article R. 6146-10 CSP dispose : « le conseil de pôle d'activité mentionné à l'article L. 6146-2 a notamment pour objet de participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle, dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico techniques ».

S'agissant de l'évaluation de l'exécution du contrat, les conditions d'exécution de ce dernier, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, feront l'objet d'une évaluation annuelle entre les signataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la CME et du conseil exécutif.

1.2 LE CADRE INSTITUTIONNEL DE L'AP-HP ET SON ROLE DANS LA MISE EN PLACE DES DELEGATIONS DE GESTION :

Dès le mois de février 2004 un Conseil exécutif central a été mis en place et réuni mensuellement ; quatre établissements anticipateurs ont été nommés : HEGP, Lariboisière, Tenon et Paul Brousse, rejoints ultérieurement par l'hôpital Saint Antoine.

L'AP-HP a donné une impulsion à la délégation de gestion en suscitant à la fois des réflexions et des actions dans les hôpitaux.

De janvier à mai 2006, des séminaires rassemblant les équipes de direction de chaque GHU, ont permis d'aborder, entre autre, la question des fonctions déléguées aux pôles.

L'élaboration du guide de la délégation et son contenu, le groupe de travail sur la délégation dans le domaine des ressources humaines ainsi que la définition et le champ des domaines obligatoires de délégation constituent des jalons importants pour la mise en place des délégations.

1.2.1. L'élaboration et le contenu du guide de la délégation :

L'AP-HP a exploré les possibilités offertes par la délégation de gestion et a agi avec pragmatisme : dès janvier 2005, date à laquelle, son secrétaire général a confié à J-Fr. Ségovia, Directeur d'hôpital, chargé de mission au Cabinet de la Directrice générale, le soin d'animer en lien avec la DDRH une réflexion sur la délégation de gestion dans le cadre de la mise en place des pôles d'activité. Un sous groupe composé majoritairement de directeurs d'hôpital s'est vu confier le domaine de la gestion du personnel non médical. La volonté de donner à ce guide une vocation pratique et adaptable à chaque site a conduit à retenir une présentation sous forme de fiches, standardisées pour en faciliter la lecture et l'utilisation. Classée par domaine de gestion (gestion du personnel médical, gestion de l'investissement...), chaque fiche précise, pour une action dont tout ou partie de la gestion est déléguée au pôle, quels sont les rôles respectifs de la direction de l'hôpital, du pôle et du service. Elle est complétée par des éléments de contrôle interne et de contrôle de gestion qu'il est préconisé de mettre en place au sein de chaque hôpital. En résumé, ce guide propose un véritable mode d'emploi de la délégation de gestion RH et incite les hôpitaux à dresser un état des lieux des règles et des processus en vigueur.

Le sous groupe a ainsi élaboré seize fiches techniques et les a fait relire par des professionnels du siège et des hôpitaux, choisis en raison de leur expertise dans chaque domaine de gestion examiné. Ces fiches ont été rassemblées dans un guide de la délégation diffusé aux hôpitaux en septembre 2005.

Les domaines pour lesquels la délégation de gestion a fait l'objet d'une fiche de synthèse⁴ qui présente par action :

- les objectifs poursuivis par la mise en place des délégations,
 - les changements attendus par rapport à la situation actuelle,
 - ce que fait le pôle en substitution à la DRH ou au service,
 - ce que fait la DRH,
 - les éléments de contrôle interne appliqués par le pôle ou par la DRH.

Les seize fiches recouvrent les domaines suivants :

- l'organisation du travail du personnel non médical
- l'établissement du plan de formation
- la modification des ressources en personnel non médical du pôle
- l'utilisation des enveloppes de remplacement
- l'établissement du plan de recrutement
- le recrutement du personnel non médical
- la répartition du personnel non médical au sein du pôle
- l'évaluation, la notation, la titularisation, la gestion de la promotion interne du personnel non médical
- le calcul de la prime de service
- la préparation du dossier préalable à une sanction disciplinaire
- l'accueil des stagiaires
- la contribution à la santé et à la sécurité des personnels

L'essentiel de la gestion du personnel est donc concerné à terme : le pôle négocie son tableau des emplois (référence conservée pour faciliter l'exercice en 2007, remplacée par le TPER pour l'exercice 2008) et ses enveloppes de remplacement avec la Direction dans le cadre de son contrat de pôle –des réajustements sont possibles en cours d'année- ; il établit un plan de recrutement, choisit et répartit les personnels non médicaux appelés à

⁴ Annexe 4

travailler en son sein, détermine l'organisation de travail lui permettant de réaliser ses objectifs d'activité, dans le cadre des règles institutionnelles.

Le pôle organise l'évaluation des personnels non médicaux, propose la titularisation, la notation, la promotion interne, la répartition de la prime de service tandis que la DRH exerce pour ces actions un contrôle de conformité aux règles statutaires et la péréquation nécessaire au bon déroulement des procédures.

S'agissant des sanctions disciplinaires, le pôle en fait la demande ou donne son avis mais la DRH conserve un contrôle d'opportunité.

Le pôle négocie avec la DRH l'enveloppe nécessaire à la réalisation de ses actions de formation et de développement des compétences et maîtrise leur mise en oeuvre.

Le pôle décide de l'accueil des stagiaires et organise leur parcours.

Le pôle contribue à la prise en compte des risques professionnels et à la prévention à la santé des personnels.

En 2006, les quatre établissements volontaires nommés établissements expérimentateurs pour la mise en place des délégations ont repris les fiches de ce guide en les personnalisant.

Elles se sont ensuite mises en place en 2006 dans la plupart des hôpitaux de l'AP-HP, en particulier en ce qui concerne la délégation des moyens de remplacement, le processus de recrutement et la délégation d'une enveloppe pour les formations externes.

En septembre 2006, une version V2 du guide, tenant compte des remarques formulées par les hôpitaux, a été rédigée et envoyée aux hôpitaux en janvier 2007.

1.2.2. Le groupe de travail sur la délégation dans le domaine des ressources humaines fournit des précisions sur l'esprit et les règles de la délégation :

Un second groupe de travail composé de 18 Directeurs, DRH, cadres paramédicaux et administratifs de pôle, médecins responsables de pôle ou de service, mis en place début 2006, en s'appuyant sur l'expérience des quatre établissements expérimentateurs, auxquels se sont joints les établissements anticipateurs⁵, a fourni en juin 2006 un document de synthèse relatif à l'évolution, dans le domaine des ressources humaines, des missions des Directions fonctionnelles et du Siège dans la mise en place des pôles.

⁵ Un établissement anticipateur comme l'hôpital Tenon a reçu à ce titre 150 000 euros

Ce document le pôle est responsabilisé sur les sujets où une vision proche du terrain est plus efficace et plus pertinente mais ne doit pas devenir une structure administrative de gestion. Il précise les cas pour lesquels un effort particulier de pédagogie et d'adaptation est nécessaire : par exemple, le maintien, en parallèle à la mise en place de l'EPRD, de la référence au tableau des emplois, enrichi d'une vision prévisionnelle et d'une valorisation en masse salariale ou encore l'effort à fournir pour renforcer la connaissance des règles en matière d'avancement.

1.2.3. Les domaines obligatoires de délégation et comment ils ont été déterminés :

L'AP-HP préconise de confier au cadre paramédical de pôle le développement d'une politique des ressources humaines portant sur le recrutement, le développement des compétences, l'accueil et intégration des salariés.

La DDRH et la DPM ont demandé, dans une note aux établissements datée du 18 octobre 2006, à ce que le projet de pôle, qui doit servir de base au contrat de pôle, dans le domaine des ressources humaines, prévoit, pour le pôle :

- une démarche de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences
- un suivi de l'adéquation des ressources humaines à l'activité
- une politique de recrutement sur la base de logique d'appartenance au pôle à partir de la déclinaison de l'effectif moyen et de l'effectif minimum nécessaire et en expérimentant des initiatives susceptibles de rendre le pôle attractif. Des procédures de recrutement doivent être mises en place. Un candidat, répondant au besoin du poste, sera recruté « pour le poste qu'il a choisi mais dans le cadre d'un parcours professionnalisant qui devra s'inscrire dans une logique d'appartenance au pôle ». Ce parcours est un parcours de mobilité horizontale qui s'exerce à la fois dans le cadre d'un métier et dans le cadre d'une organisation (service, pôle, hôpital). Il s'appuie sur une formalisation et une évaluation des apprentissages.
- Un tutorat est mis en place en phase d'intégration.
- Le développement d'une politique de formation et la construction d'une offre émanant des ressources internes et extérieures. Le plan de formation doit être débattu en conseil de pôle et un cadre référent identifié au sein du pôle.

Une note du 9 janvier 2007 adressée à tous les directeurs d'établissement leur demande de se concentrer sur trois axes prioritaires permettant de mettre en œuvre la « phase opérationnelle de la nouvelle gouvernance ».

Ces trois axes d'actions prioritaires ont été définis par le conseil exécutif de l'AP-HP pour faciliter la phase de mise en œuvre de la nouvelle gouvernance et des pôles dans les

hôpitaux : asseoir le rôle de pilotage du conseil exécutif local, finaliser les contrats de démarrage des pôles d'ici fin mars 2007 et procéder, au minimum, à la délégation de cinq domaines de gestion prioritaires également d'ici fin mars 2007. Ces domaines diffèrent légèrement des domaines définis dans la note du 18 octobre 2006.

Il s'agit de la délégation d'enveloppes de remplacement de type intérim, CDD, heures supplémentaires et droit de tirage sur l'équipe de suppléance; du recrutement des personnels non médicaux ; de la délégation d'enveloppes d'investissement ; de la gestion des demi-journées de personnel médical par pôle ; de l'élaboration du plan de développement des compétences et de la délégation d'une enveloppe de formation au pôle.

L'AP-HP a ainsi rendu obligatoire la délégation dans 4 domaines relatifs aux ressources humaines.

Ces domaines ont été sélectionnés car « leur prise en main par les pôles ne soulevait pas de problème technique ni de difficultés procédurales et parce que ces domaines permettent au pôle de bénéficier d'une vraie marge de manœuvre ». ⁶

L' AP-HP prépare une évaluation pour fin 2007 afin de savoir ce qui a été fait, inciter à agir et proposer à nouveau de la pédagogie si nécessaire.

⁶ M. F. Martinez, DDRH, chargé de mission nouvelle gouvernance, entretien du 31/7/2007.

1.3 LA MISE EN PLACE DE LA DELEGATION DE GESTION DANS LE DOMAINE DES RESSOURCES HUMAINES A L'HOPITAL ROBERT DEBRE

1.3.1 Un calendrier serré et volontariste de mise en place à Robert Debré :

Dès 2005 le périmètre des pôles a été déterminé. L'activité de l'hôpital étant répartie en 6 pôles d'activité à partir d'octobre 2005 :

- Chirurgie
- Pédiatrie aiguë et médecine interne
- Gynécologie et périnatalité
- Pédiatrie spécialisée
- Physiologie et imagerie pédiatriques
- Biologie et pharmacie à usage intérieur

Des chefs de projet médicaux de pôle ont été nommés en octobre 2005 puis ont reçu officiellement la qualité de médecin coordonnateur de pôle – l'AP-HP souhaite que soit utilisée l'expression médecin responsable de pôle qui correspond davantage à la mission de ces médecins.

Le Conseil exécutif local a été mis en place et fonctionne depuis janvier 2006. Les conseils de pôle se sont mis en place au cours du premier semestre 2006 et se concrétisent par une réunion mensuelle. Le cadre de la délégation de gestion aux pôles ainsi que le système de contractualisation interne ont été fixés au cours fin 2006. En juillet 2006, des contrats de pôle expérimentaux ont été signés pour un an.

Les contrats de pôles 2007-2009 ont été signés lors du CEL du 3 juillet 2007 après élaboration de projets de pôle. Des moyens et des responsabilités ont été délégués aux pôles depuis 2006. Cette tendance a été accentuée en 2007.

Dans le domaine des ressources humaines des réunions⁷ intitulées « nouvelle gouvernance et projet encadrement » ont eu lieu deux fois par mois de janvier à mai 2007. Elles ont réuni la DRH, la directrice des soins, la directrice des investissements, chef de projet « nouvelle gouvernance », 14 cadres supérieurs et cadres de santé. Elles

⁷ Réunions ayant fait l'objet de comptes rendus et mentionnées en bibliographie.

ont porté sur la contractualisation, la délégation de gestion, le rôle du cadre administratif, les procédures communes à développer.

Ces réunions ont permis de faire le point sur la gestion des ressources humaines en partant du partage des rôles avant la nouvelle gouvernance, en établissant un diagnostic sur les possibilités progressives de délégation et en discutant de manière ouverte sur le contenu des délégations à mettre en place.

Ont ainsi été abordés le recrutement, la gestion des moyens, l'évaluation, la formation, la santé et la sécurité des personnels. La méthodologie retenue a consisté, à chaque fois à définir l'objectif, l'organisation, les moyens délégués, le partage des actions entre les pôles et la DRH, les éléments de contrôle interne.

1.3.2 L'examen du contenu des contrats de pôles :

Le contrat de pôle, tel que défini par l'ordonnance du 2 mai 2005, prévoit que celui-ci est négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement d'une part et chaque responsable de pôle d'autre part.

Les objectifs de la contractualisation sont les suivants :

- une responsabilisation et une implication accrue des acteurs médicaux et paramédicaux,
- une simplification des processus administratifs,
- une autonomie renforcée

Le contrat définit les objectifs d'activité, de qualité, financier, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement au résultat de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat (retrait de la délégation).

L'hôpital Robert Debré, pour chacun des six pôles d'activité, a utilisé le contrat-type figurant en annexe du règlement intérieur de l'AP-HP. Il détaille les principaux objectifs des pôles d'activité pour les années 2007-2010, et d'autre part à mettre en oeuvre les principaux éléments de la délégation de responsabilité qui constitue l'une des contreparties aux objectifs du pôle. Les décisions de délégations de gestion, examinées par le CEL fin 2006, ont été « regroupées » dans le cadre d'une note en date du 22 mai 2007⁸. Les délégations ne sont donc pas citées précisément dans les contrats. La structure et le titre des articles sont les mêmes pour tous les pôles.

⁸ Annexe 2.

En ce qui concerne les ressources humaines, les indicateurs, actions et objectifs se trouvent disséminés dans plusieurs articles des contrats de pôle.

Dans leur article 4bis, les contrats prévoient de suivre trois indicateurs de gestion :

- L'absentéisme : il doit diminuer, selon les pôles de un à deux jours rapport à 2006. L'objectif est calculé par rapport à la moyenne du taux d'absence pour maladie en 2006.
- Le taux de prise des congés légaux : tous les congés légaux doivent être pris dans l'année.
- Les consommations d'intérim.
- Ces indicateurs reflètent des objectifs inscrits dans le plan stratégique de l'AP-HP : la maîtrise du nombre de jours dus, le présentéisme. N'a pas été repris en tant que telle dans les contrats, la mutualisation de l'inaptitude.

L'article 7, relatif aux contributions aux projets stratégiques transversaux de l'hôpital et de l'AP-HP, constitue potentiellement le socle le plus riche pour la délégation RH puisqu'il fixe des engagements à l'horizon 2009 en matière d'organisation ou de réorganisation de certaines activités (secrétariats médicaux, consultations, créations d'unités nouvelles, le plus souvent à personnel constant).

L'article 8, relatif aux actions en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients et de performance des organisations prévoit par ailleurs un contrôle des formations reçues en matière de sécurité incendie ainsi que la recherche d'un objectif de deux jours de formation par agent et un « pourcentage de trois % de personnels handicapés employés » par pôle.

Les objectifs de la contractualisation en matière de ressources humaines sont donc nombreux dans les contrats et une certaine confusion règne d'ailleurs entre la notion d'indicateur et celle d'objectif.

L'article 11 concerne les moyens délégués aux pôles :

- le tableau des emplois du personnel non médical et les moyens de remplacement définis dans l'avenant annuel. Le contrat précise que le tableau des emplois évoluera annuellement, en fonction des mesures nouvelles et des plans d'économie. Le pôle s'engage au respect de la masse salariale constituée par la somme des moyens délégués.
- Le contrat rappelle les règles de fongibilité entre les différents types de mensualités (personnel permanent, remplacement en général, remplacements de congés annuels).

- Des vacances de personnel médical (par exemple, 139 mensualités pour le pôle de pédiatrie aiguë et de médecine interne).
- Des crédits de formation du personnel non médical (par exemple, 17 000 euros pour le pôle de pédiatrie spécialisée).

La présence, en annexe des contrats, du tableau des emplois du pôle, tel qu'il a été négocié dans le cadre d'une réunion entre le directeur, le médecin responsable de pôle et le cadre paramédical de pôle, en préalable à la rédaction du contrat et ce, pour la première fois, représente un élément significatif.

1.3.3 La méthodologie retenue traduit une volonté de travailler de manière consensuelle et en équipe :

Les délégations ont été déterminées sur la base du document de travail de l'AP-HP de septembre 2005, des réunions de concertation menées avec les cadres paramédicaux de pôle, de l'avis rendu par le Conseil Exécutif local du 5 décembre 2006.

L'ensemble des délégations a fait l'objet avec les cadres paramédicaux de pôle d'une discussion sur les actions et sur le principe de répartition utilisé quand des crédits entraînent en ligne de compte. Des simulations par rapport aux clés de répartition proposées quantitatives ont été fournies avant validation par le groupe. Il est prévu d'évaluer ces critères de répartition en 2007.

Sur le terrain, dans le domaine des ressources humaines, ont été délégués progressivement depuis un an aux pôles le recrutement du personnel soignant en liaison avec le tableau des emplois, l'élaboration du plan de formation du pôle, les remplacements (sauf l'intérim), les propositions de notation, de taux de surprime... Ces responsabilités sont tout à fait nouvelles pour les pôles. D'autres responsabilités ont commencé à être déléguées comme le suivi des effectifs. A été exclue du champ de la délégation la gestion du personnel médical qui reste donc centralisée, exception faite des « demi-journées » de personnel médical qui restent en réalité gérées aujourd'hui par les chefs de service et non pas par le médecin responsable de pôle comme elles devraient normalement l'être puisque l'enveloppe est destinée à l'ensemble du pôle.

1.3.4 Des principes sont fixés pour garantir le respect de la légalité, de l'équité et pour donner un cadre à l'organisation :

Les dispositions statutaires, les engagements institutionnels doivent être respectés et portent sur le respect des enveloppes, des rendus dans le cadre du plan de retour à l'équilibre, la réduction de l'absentéisme, la fidélisation, la vigilance sur les repos dus, la

prévention des risques, la permanence de l'encadrement, la gestion de l'inaptitude et du handicap.

La DRH apporte son expertise sur ces questions.

La gestion des éléments de situation individuelle (par exemple, inscription au tableau d'avancement) reste centralisée à la DRH mais se fait en concertation avec le pôle.

Si le cadre paramédical est en charge, d'une manière générale des ressources humaines et du dialogue avec la DRH et la DSI, des référents ressources humaines ont été désignés au sein de chaque pôle pour le recrutement et la gestion des risques professionnels et disposent de correspondants attitrés au sein de la DRH.

1.3.5 Le champ des délégations se caractérise par un périmètre évolutif :

Le périmètre de la délégation RH mis en place depuis 2006 est le suivant : organisation du travail et affectations dans le pôle, recrutement et gestion du tableau des emplois, gestion et suivi des moyens de remplacement, évaluation et notation annuelles, proposition de taux de surprime, élaboration du plan de formation et suivi de l'enveloppe déléguée, gestion prévisionnelle des effectifs.

Il a été déterminé après une phase de réflexion menée au niveau de l'équipe de direction et par la DRH. Cette phase a permis d'identifier des forces et des faiblesses et aussi d'identifier les prérequis à la délégation. Dans certains domaines, les services faisaient déjà preuve de savoir faire et d'autonomie (recrutement pour les seconds entretiens, entretiens d'évaluation et rédaction de l'évaluation) et dans d'autres n'intervenaient pas (analyse du tableau des emplois, choix de la modalité de remplacement). Dans ce second cas, les réunions de travail ont été plus nombreuses.

Les délégations, dans leur mise en œuvre, couvrent un champ plus vaste que celui validé en CEL le 22 mai 2007⁹¹⁰. Dans la pratique, la délégation d'un domaine peut en entraîner une autre, soit par « économie d'échelle », les moyens et les compétences à déployer étant similaires (recrutement par rapport à l'accueil des stagiaires), soient ils sont interdépendants (recrutement et gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences, recrutement et gestion du tableau des emplois, formation et gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences...). Le choix d'une délégation requiert donc une phase de réflexion stratégique.

⁹ Annexe 2, ces domaines sont : le recrutement du PNM, la gestion des remplacements, la gestion des crédits de formation continue, la gestion des demi-journées du PM.

¹⁰ Annexe 2, rappelons que la liste des délégation est « validée » et non votée car il s'agit d'une décision personnelle du Directeur.

- **L'organisation du travail des équipes au sein du pôle :**

C'est le premier axe de délégation mentionné dans les contrats de pôle. Il permet à l'exécutif de pôle de décider de l'affectation du personnel au sein du pôle, non seulement le personnel soignant mais également le personnel administratif rattaché au pôle, par exemple, les secrétaires médicales.

- **Le recrutement et la gestion du tableau des emplois :**

Un référent recrutement est désigné parmi les cadres du pôle.

Le contrôle a priori (examen des curriculum vitae et premier entretien à la DSI) est supprimé sauf pour les cadres : les candidatures sont envoyées aux pôles sans examen préalable par la DRH ou la direction des soins infirmiers alors que l'examen des candidatures et un premier entretien avaient lieu à la DRH ou à la DSSI auparavant. Les candidatures sont directement transmises aux cadres paramédicaux et sont étudiées chaque semaine dans le cadre d'une réunion des cadres paramédicaux et des cadres référents – mécanisme inspiré de la cellule recrutement de l'hôpital Saint-Louis - et afin de garantir un égal accès à la main d'œuvre disponible. Les candidats sont convoqués et reçus directement par les pôles. Un dossier type est rempli en cas de recrutement et envoyé à la direction des soins qui effectue avec la DRH les formalités administratives. Dans certains pôles, le cadre paramédical organise le rendez-vous avec la médecine du travail pour « gagner du temps ».

Le recrutement est effectué sur la base du tableau des emplois par pôle, tel qu'il a été négocié avant la signature du contrat de pôle (il y figure en annexe) et sur la base du nombre de mensualités de personnel permanent correspondant, ainsi que du nombre de mensualités de remplacement déléguées, une fongibilité étant permise entre les deux¹¹. C'est dans un souci de simplification que la notion de tableau des emplois a été utilisée pour 2007, le personnel des pôles n'étant pas encore très familiarisé avec les concepts d'EPRD et de TPER.

Les moyens consommés sont suivis en mensualité et en valeur financière sur la base de coûts standard (pour favoriser l'équité des recrutements u niveau de l'âge) en liaison avec les cadres administratifs de pôle.

Un bilan est fait 3 fois par an avec la DRH. Cette délégation a fait l'objet d'un important travail de transfert de connaissances sur la réglementation (contrats à durée déterminée,

¹¹ Ces possibilités de fongibilité s'inscrivent dans l'esprit de la LOLF, loi organique relative aux lois de finances du 2 août 2002.

contrats aidés, notions de stagiairisation et de titularisation, suivi et intégration des nouveaux recrutés). En revanche, le pouvoir de nomination ne peut pas être délégué.

- **L'accueil de stagiaires et l'organisation de leur parcours :**

Dans une optique de recrutement ultérieur et afin de favoriser son attractivité, l'établissement est particulièrement attentif à l'accueil et au suivi des infirmiers, aides-soignants, puéricultrices en formation. Deux nouveautés ont modifié les modalités de leur gestion par l'hôpital : ils sont recrutés directement par les pôles - également chargés de signifier d'éventuels refus -, et ont vocation à découvrir tous les services du pôle. Un cadre référent a été spécialement nommé dans chaque pôle et remplit une fiche de stage pour chaque stagiaire. La taille du pôle permet en outre de recueillir l'avis de plusieurs évaluateurs. Une fois par mois, un point est effectué entre les référents et l'adjointe à la Directrice des soins infirmiers.

- **Les mensualités de remplacement :**

Chaque pôle s'est vu attribuer par un courrier en date du 30 janvier 2007 et pour l'année 2007, des enveloppes de remplacement. Une clé de répartition a été adoptée lors d'une réunion entre la DRH, les cadres paramédicaux de pôle et les cadres administratifs de pôle : elle prévoit que les enveloppes sont calculées à 80 % en fonction des effectifs de chaque pôle et à 20 % en fonction de son absentéisme – constaté les années précédentes – aucun pôle ne peut bénéficier de plus de 25 % des moyens de remplacement à répartir. Le calcul n'a porté que sur les métiers donnant lieu à des mensualités de remplacement (aides soignants, techniciens de laboratoire, secrétaires médicales, agents hospitaliers). Ces précautions doivent faire comprendre que l'absentéisme n'est pas un phénomène « normal ». Néanmoins, un cadre paramédical de pôle a conseillé à son responsable, médecin responsable de pôle, de ne pas signer le contrat de pôle sans renégociation de cette clause, car elle ne lui paraissait pas adaptée à la situation du pôle. Le contrat a été amendé en prévoyant une nouvelle discussion des moyens délégués en cours d'année. Par ailleurs, la gestion de certaines enveloppes reste centralisée : elles concernent les problématiques de remplacement liées à la bronchiolite, les sages-femmes, le remplacement des personnels en mandat syndical, les IBODE et aussi le remplacement des congés annuels, à la demande des pôles et après avoir eu connaissance des fermetures de lit et des congés bonifiés. Les pôles ont été informés du coût des différents modes de remplacement. La valorisation financière est faite au coût standard AP-HP.

Le contrôle au niveau de la direction aura lieu a posteriori et trois fois par an.

Le budget de l'intérim, à la demande des pôles, n'est pas délégué mais des plafonds ont été déterminés par pôle. Chaque pôle reçoit régulièrement un tableau retraçant le coût exact des missions d'intérim qu'il a demandées.

La gestion des heures supplémentaires, parce qu'elles sont peu nombreuses, n'est pas déléguée. La gestion de l'équipe de suppléance non plus, à la demande des pôles pour 2007 mais une réflexion est en cours à ce sujet à la direction des soins.

Si le pôle privilégie certaines modalités de remplacement, il peut librement les gager financièrement sur les autres.

- **L'élaboration du plan de formation et le suivi de l'enveloppe déléguée :**

Une enveloppe est déléguée par pôle. Son montant a été établi en fonction des effectifs, des besoins spécifiques de certains secteurs d'activité et des historiques de crédit consommés ; il a été discuté lors d'une réunion entre la DRH et les cadres paramédicaux. La délégation de cette enveloppe a favorisé la connaissance des coûts et la priorisation des demandes dans le cadre d'un plafond et d'un calendrier annuel. Les marchés sont passés par le service formation qui continue à assurer la « logistique ». Au-delà de la délégation de moyens, le pôle doit réaliser son plan de formation en tenant compte également de l'offre interne et des priorités institutionnelles et de celles dégagées dans le projet d'établissement et dans le contrat de pôle.

Encore une fois, c'est par simplification que des historiques de crédits consommés ont servi de repères.

- **L'évaluation et la proposition de notation annuelles :**

Un groupe de travail a été constitué en 2006 et a élaboré un nouveau support d'évaluation permettant la déconcentration de la procédure d'évaluation ainsi qu'un document de signalement des dysfonctionnements. Cette action, sans être à proprement parler une délégation nouvelle puisque les évaluations étaient déjà effectuées dans les services, a permis de déléguer la proposition de surprime de service dans la limite d'une enveloppe de 150 000 euros pour les 6 pôles en 2007 et sur la base d'une procédure d'évaluation harmonisée pour tous les pôles. La note et la proposition de surprime restent signées par le directeur mais la DRH n'effectue plus qu'un contrôle de conformité de la note proposée au barème de l'AP-HP. A l'hôpital Tenon, les pôles ont refusé de proposer un taux de surprime pour leurs équipes, par crainte des conflits potentiels.

- **La gestion des risques professionnels :**

Le pôle désigne un référent risques professionnels et conditions de travail. Ce référent définit un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Il veille à la régularité des visites médicales du travail, à la formation des agents dans le domaine de la sécurité. Il présentera un bilan annuel.

- **La gestion prévisionnelle des effectifs :**

Cette délégation, qui ne figure pas dans les contrats de pôle, a été mise en place en juin 2007.

Elle présente l'avantage de pouvoir s'appuyer sur l'information dont disposent les pôles sur les flux entrants et sortants de personnel. Elle prend la forme d'un tableau mensuel de suivi, rempli par les cadres administratifs de pôle. Ce tableau comporte une page par métier : IDE, aides soignants, secrétaires médicales...Et prévoit le recensement du réalisé et des écarts par rapport aux prévisions, pour toute l'année 2007, des effectifs autorisés, rémunérés, les entrées et les sorties, les mensualités, le taux d'absentéisme, les remplacements. Chaque trimestre, la DRH fait le point avec les cadres administratifs de pôle.

En s'affermissant, cette délégation doit aussi entraîner une meilleure structuration du plan de recrutement sur l'année.

1.4 COMPARAISONS AVEC D'AUTRES ETABLISSEMENTS DE L'AP-HP ET HORS AP-HP :

L'hôpital Robert Debré a avancé rapidement dans le domaine des délégations RH, dynamique liée au fait qu'en 2006, il faisait déjà partie des 45 % d'hôpitaux franciliens réorganisés en pôles d'activité. L'examen de la situation d'autres hôpitaux laisse entrevoir des situations très variables.

Si l'on compare avec un établissement expérimentateur comme l'hôpital Tenon, qui a fait rédiger de très riches documents de formalisation des délégations, seule la notification d'un tableau des emplois par pôle a été faite plus tôt, en mars 2006 tandis que les délégations en matière de recrutement, de prime de service, d'organisation du travail et de plan de formation ont été mises en place au même moment. En général, les cadres supérieurs de santé se sont vu confier des missions transversales : recrutement, hygiène,

prévention des risques... La nomination au sein de chaque pôle d'un cadre supérieur en charge transversalement de missions RH a finalement ralenti un mouvement d'abord dynamique en terme de formation des cadres et de modélisation des process : les cadres supérieurs affectés à des missions transversales ont mal vécu d'être éloignés de leur coeur de métier, du personnel et des patients et ressentaient au bout de quelques mois un "décrochage technique" en termes de compétences. Or, parallèlement à la nomination de cadres paramédicaux de pôle chargé de mettre en oeuvre la politique des ressources humaines dans le pôle, il a été décidé à l'AP-HP, sauf nécessité particulière, de ne pas remplacer les cadres supérieurs de santé quittant un établissement.

Dans un pôle, le médecin responsable a même décidé de les ramener à leurs anciennes fonctions. Ce médecin juge les délégations en matière de ressources humaines restreintes et en juillet 2007, n'a constaté de différence qu'en ce qui concerne les entretiens de recrutement et le budget de formation. Il n'a pas pu, comme il l'espérait, réorganiser son pôle en fonction d'un projet médical. Il met ces difficultés sur le compte du caractère récent de la réforme et souhaite à l'avenir négocier et signer un contrat de pôle très précis.

L'hôpital Bichat, organisé en pôles tient, de l'aveu même de son DRH à ne pas avancer trop vite afin de ne pas « brusquer », pour l'instant seule la gestion des mensualités de remplacement a été déléguée aux pôles. De ce fait, selon les paroles d'une IDE de cet hôpital, le personnel connaît l'existence des pôles mais ceux-ci restent des « coquilles vides » pour le personnel soignant non cadre.

La loi, en laissant à la libre appréciation du chef d'établissement le champ des délégations de gestion, peut donc susciter des applications diverses selon les hôpitaux.

Hors AP-HP, la situation est également variable.

Sans prévoir des délégations plus larges que celles de l'hôpital Robert Debré, le Centre hospitalier de Cornouaille se distingue par la précision de la description des processus de délégation et de leur suivi dans les contrats de pôles. Sont explicités très précisément, le rôle du pôle, le rôle de la direction, les limites réglementaires de la liberté de gestion y compris dans les domaines délégués. Ce souci du détail a pour conséquences de rassurer l'exécutif du pôle sur l'étendue et la teneur de ses droits et devoirs et de sécuriser la mise en oeuvre de la réforme.

Les contrats de pôle, préparés dès octobre 2006, dans leur partie C, relative à la délégation de responsabilités et de moyens, prévoient pour le domaine des ressources humaines, une large marge d'autonomie : possibilité de répartir les effectifs quantitativement au sein de chaque structure interne, la répartition qualitative par grades

(transformations d'emplois) peut également être modifiée après avis du conseil de pôle et validation de la Direction, sous réserve du respect de l'équilibre du budget du pôle.

Le contrat détaille aussi la manière dont sont calculées et suivies mensuellement les mensualités de remplacement.

Les autres délégations : formation, évaluation, recrutement sont décrites de manière similaire.

La partie E, relative au financement des objectifs du pôle, prévoit un intéressement : dans l'hypothèse où le pôle d'activité réaliserait des bénéfices, appréciés en fin d'exercice, la Direction s'engage à lui en restituer une part de 25 % ; ce reliquat peut être utilisé par le pôle pour financer des projets non prévus initialement.

L'utilisation des enveloppes déléguées, l'organisation efficiente du travail entre les structures internes du pôle, combinées à une augmentation de l'activité peuvent donc générer un bénéfice incitatif.

Depuis son ouverture en 2003, le Centre hospitalier de Nevers est organisé en pôles, y compris architecturalement, et a mis en place les mêmes délégations que l'hôpital Robert Debré aujourd'hui. A l'époque, les délégations avaient été mises en place dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens.

Au CHU du Mans : les contrats de pôle sont en cours d'élaboration, aucune délégation n'est en place.

Le Centre hospitalier de Saint-Denis n'a pas encore mis en place les délégations RH, en dépit d'un important travail de réflexion sur le périmètre de ces délégations et l'organisation des tâches qui en résulterait. Cependant, les délégations pourraient être mises en place rapidement en ce qui concerne les ressources humaines car tous les documents internes de cadrage ont été préparés et rédigés par le DRH.

PARTIE 2 : ANALYSE DE LA DELEGATION DANS LE DOMAINE DES RESSOURCES HUMAINES A ROBERT DEBRE, POINT DE VUE DES ACTEURS ET PREMIERS ELEMENTS DE BILAN

Cette seconde partie a pour objet de dresser un premier bilan de la délégation RH et de répondre aux questions suivantes :

Quelle est sa portée exacte à l'hôpital Robert Debré ?

Comment est perçue cette nouvelle manière de travailler ?

Quels sont les bénéfices et les difficultés ?

2.1. LE POINT DE VUE DES ACTEURS :

Le point de vue du Directeur :

Le changement culturel est majeur bien que préparé par les budgets de service en vigueur à l'AP-HP depuis 20 ans : un compte de résultat était établi pour chaque service depuis plusieurs années et les services avaient l'habitude de rendre des comptes sur l'utilisation des moyens.

Cette relative familiarité avec l'esprit de la réforme actuelle la rend paradoxalement à la fois plus facile et plus difficile à « vendre », plus facile pour la raison précitée et plus difficile car il faut savoir mettre en relief sa nouveauté. Ceci exige un langage subtil et une gestion fine des formes. Les délégations, si elles renforcent le sentiment d'implication, d'autonomie et de responsabilisation et apportent des éléments de dialogue, devraient favoriser l'atteinte des objectifs stratégiques sans pouvoir les remettre en cause. Leur mise en place n'a rencontré aucune difficulté.

Si les délégations ont eu des conséquences dans les pratiques quotidiennes et ont accentué la décentralisation, elles n'ont pas révolutionné l'organisation des domaines concernés : par exemple jamais un candidat n'était imposé à un service qui validait toujours ou non son recrutement après le second entretien. Le système n'a donc été qu'accélééré. En dépit de cet avantage et en termes d'efficacité, le directeur « ne s'attend toutefois pas à des miracles ». Selon lui, la délégation « n'ira pas plus loin » dans le

même cadre réglementaire. Il regrette, tout en le comprenant, que la DRH continue à signer 1800 lettres de notation.

En cas d'échec, il ne dispose d'aucun moyen de coercition, sauf à supprimer la délégation de gestion.

Il ressent cependant que les acteurs concernés ont perçu la réforme comme un mouvement de vaste ampleur avec la mise en place du conseil exécutif, la signature d'un contrat, les délégations de gestion et les possibilités d'intéressement. Si chacun sait que le contrat est d'ordre moral, il pèse pourtant. Un changement d'état d'esprit semble évident : les acteurs jouent le jeu, signent « leur » contrat, discutent avec la Direction de leurs objectifs et de leurs moyens.

La mise en place des délégations de gestion a aussi généré une occasion de remettre à plat les situations acquises et de définir des règles justes. Pour la première fois, le tableau des emplois a fait l'objet, avant la signature des contrats de pôles, d'une réunion avec le directeur. Ces réunions ont conduit à l'application de ratios d'effectifs par lit et à la définition de normes de personnels présents par patient. Ces normes ont été validées en CEL.

Le point de vue de la DRH :

La DRH n'a rencontré aucune résistance non plus lors de la mise en place des délégations exception faite du refus, pour des raisons d'ordre technique, de gérer les heures supplémentaires et l'enveloppe d'intérim. Les réunions préparatoires ont permis de mettre sur la table les consommations des uns et des autres et de se mettre d'accord, pour l'avenir, sur des clés de répartition des moyens délégués. La solidarité entre les pôles a été prioritaire, ainsi, le pôle de pédiatrie générale ne finance pas seul le surcroît d'activité lié à la bronchiolite : des moyens supplémentaires sont prévus et isolés.

La DRH estime que le fait de fixer à tous, dans les contrats, des objectifs chiffrés de réduction de l'absentéisme a renforcé la prise de conscience des conséquences de ce phénomène pour l'activité de l'hôpital.

Les rencontres régulières entre la DRH et les cadres administratifs et paramédicaux ont favorisé leur rapprochement. La diminution du nombre d'interlocuteurs, six cadres paramédicaux, au lieu d'une trentaine de cadres supérieurs de santé, a facilité les échanges mais également le contrôle interne. La mise en place des délégations a eu et continuera d'avoir des effets restructurants sur les équipes.

La DRH estime qu'il est gratifiant d'accompagner et de développer les compétences des cadres paramédicaux et des cadres administratifs de pôle. Il s'agit même de la phase la

plus importante d'un processus de délégation et c'est ce qui en fait un acte de management fort.

La disponibilité offerte depuis un an pour expliquer et transférer les savoirs explique que ne soit pas encore ressenti le bénéfice en termes de gain de temps et de repositionnement sur des missions stratégiques. Si davantage de difficultés sont réglées par le terrain, des dysfonctionnements doivent encore être tranchés par elle.

Le point de vue de la directrice des soins :

Elle a participé avec la DRH au processus de transmission de connaissances et de mise en place de procédures entre les pôles, la DRH et la DSI. Elle estime que les délégations de gestion donnent aux cadres paramédicaux la pleine étendue de leur fonction, le succès de la mise en place des pôles dépendant beaucoup selon elle, du succès des délégations. Comme la DRH, elle souligne un gain de temps rendu possible par le raccourcissement des circuits : on s'adresse à six pôles et non plus à une trentaine de services.

Elle souligne les progrès enregistrés dans le domaine du recrutement. Les pôles s'y sont investis avec de bons résultats. Elle-même ne reçoit plus que les cadres, les infirmières spécialisées et les personnes sollicitant une allocation d'études alors qu'elle passait des journées entières en recrutement. Si les services participaient déjà au recrutement pour le second entretien. Cet état de fait lui permet de se concentrer sur son cœur de métier : la qualité des soins, l'accueil des patients et de leur famille.

Son emploi du temps est également occupé par des missions nouvelles ou qui se sont approfondies : actions disciplinaires, interventions plus fréquentes en salons infirmiers et organisation du stage de quatre mois de 40 étudiants en médecine en soins infirmiers, ce qui est nouveau en établissement pédiatrique.

Le suivi des enveloppes de remplacement a requis d'informer son équipe sur le contenu des contrats de pôle. Elle craint, le moment venu, d'avoir des difficultés à faire respecter l'enveloppe d'intérim qu'elle continue à gérer puisqu'aujourd'hui, des pôles sont demandeurs alors que d'autres ont appris à s'organiser sans.

Le point de vue des cadres paramédicaux de pôle :

Leur point de vue est fondamental pour cette étude puisqu'ils se voient confier la responsabilité des ressources humaines pour leur pôle, en liaison avec le médecin responsable de pôle et avec le cadre administratif (qui assure le suivi financier des

enveloppes déléguées et dans certains pôles le recrutement et la gestion des secrétariats médicaux).

Les cadres supérieurs nommés cadres paramédicaux de pôle étaient volontaires et intéressés par cette nouvelle fonction. Aucun des quatre cadres paramédicaux interrogés, malgré l'énergie qu'il mobilise en permanence, ne regrette ce choix d'évolution de carrière. Les délégations de gestion comptent pour beaucoup dans cette position. Si leur charge de travail semble avoir été accrue, c'est au profit de responsabilités et de moyens élargis dans leur contenu et dans leur champ d'application, le pôle. Cet enrichissement de leurs missions est la conséquence directe des délégations et des actions, en particulier, le groupe de travail sur l'évaluation, qui les ont précédées et préparées.

Les cadres paramédicaux de pôle rencontrés, à l'unanimité, soulignent tous les points de satisfaction suivants : métier plus relationnel, reconnaissance de leurs compétences, gain de temps grâce au raccourcissement et à la meilleure fluidité des circuits de recrutement et de remplacements, gain de temps également lié à la construction d'outils plus structurants : documents pour l'évaluation, révision des fiches de postes avec listage des compétences requises pour chaque emploi afin d'affiner les profils recherchés, outils de suivi et de pilotage. Leur satisfaction est telle que, dès que les délégations leur ont été proposées, ils ont délibérément « occupé le terrain » immédiatement pour démontrer leur réactivité.

Dans les pôles n'ont pas nommé de cadres référents RH pour l'ensemble des dossiers RH mais des référents pour certains domaines : recrutement, risques professionnels, les cadres de santé se consacrent à leur cœur de métier et le cadre paramédical, s'il se fait assister pour certains volets de la politique RH, garde ainsi une entière vision de ce qui se passe dans son pôle et apprend à connaître l'ensemble du personnel du pôle.

Dans le domaine de la formation, un cadre note « qu'avant, tout était accordé », maintenant, il faut prioriser. La délégation oblige à réfléchir aux retours pour le pôle : transmission des connaissances acquises en cours ou en congrès.

La mise en place de procédures efficaces et la collaboration des cadres administratifs compensent l'augmentation de la charge de travail dans le domaine des ressources humaines.

Selon eux, les cadres de santé ont été « tirés vers le haut » : comme le pôle propose désormais un taux de surprime, les cadres de santé ont dû mieux évaluer leurs équipes et argumenter leurs propositions car celles-ci sont ensuite appuyées ou non par le cadre paramédical. Cette montée en compétences de l'encadrement de proximité entraîne une gestion plus qualitative des situations difficiles : salarié au comportement incompatible avec les nécessités du service, salarié souhaitant se réorienter.

Les médecins eux mêmes font davantage confiance, selon l'un d'entre eux, aux cadres paramédicaux : ils discutent avec eux avant d'aller voir le directeur.

Un cadre paramédical souhaite que les modalités d'intéressement soient moins floues et qu'elles puissent valoriser leurs efforts, il aimerait bénéficier de mensualités supplémentaires ou encore d'un rétroprojecteur pour le pôle. Il avoue ignorer ce qui se passerait si l'enveloppe consacrée aux moyens de remplacement était vide.

Un autre cadre paramédical ne réclame pas, pour l'instant, des délégations nouvelles dans la mesure où plusieurs des délégations ont été faites sans moyens supplémentaires. Il regrette que certaines « corvées » aient été déléguées : distribution des courriers, des formulaires de compte épargne temps pour l'ensemble du pôle.

La taille des pôles permet des comparaisons plus pertinentes en termes de gestion des moyens ce qui les aide par ailleurs à se situer les uns par rapport aux autres.

Le point de vue des cadres administratifs de pôle :

Après une période de définition de leurs attributions, les cadres administratifs ont trouvé leur place au sein de l'exécutif de pôle. Cette appartenance au pôle a été renforcée par la délégation qui leur est accordée depuis mars et mai 2007 de deux responsabilités : la gestion des secrétaires médicales (recrutement, organisation du travail, évaluation) et le suivi des effectifs (collecte des données, réunion chaque trimestre avec la DRH). Ces responsabilités sont importantes : par exemple, 24 secrétaires médicales sont rattachées au pôle de pédiatrie spécialisée. L'organisation de leur travail, avec un projet de « pool de secrétaires » par pôle est un objectif inscrit dans tous les contrats de pôle.

Les cadres administratifs suivent aussi les consommations mensuelles de personnel. Ils collaborent donc beaucoup avec le cadre paramédical dont ils sécurisent les prises de décision par leur action de suivi des moyens ; la mise en place des délégations de gestion a enrichi leur mission et les a mis en avant au sein du pôle.

Ils insistent sur la nécessité de la circulation de l'information avec le cadre paramédical de pôle : il est arrivé que des participations à des formations externes et à des congrès ne leur soient pas été communiquées par le cadre paramédical alors qu'un formulaire cosigné par les deux cadres a été créé pour être remis au service de la formation. Le suivi mensuel de l'enveloppe de formation a donc été faussé.

Le point de vue du personnel soignant cadre et non cadre tel qu'il est rapporté par les cadres paramédicaux de pôle¹² :

Il est positif – dans le contexte d'un hôpital au bon climat social. Rappelons ici la spécialité pédiatrique de l'établissement : d'un avis général, les relations sociales et de travail sont plus harmonieuses et consensuelles que dans la plupart des établissements généralistes, le fait que la plupart des patients soient des enfants renforce l'engagement, l'empathie du personnel et facilite la solidarité entre les équipes.

Le développement des compétences, les parcours qualifiants proposés apportent des connaissances et des pratiques nouvelles, en général, le personnel soignant, les techniciens de laboratoire en sont très satisfaits ; si le personnel craint la notion de polyvalence au sein d'un pôle et refuserait d'être envoyé dans un service dont il est éloigné sur le plan des techniques, il est en revanche soucieux d'être armé pour aider un autre service de son pôle et travailler en toute sécurité pour le patient. La réforme de la gouvernance pourrait ainsi atteindre à moyen terme son objectif de mutualisation des ressources humaines au sein d'un pôle sans conflit social. Les cadres de santé sont favorables à cette démarche qui apporte de la souplesse à l'organisation du travail et aussi parce qu'ils ont souvent été déçus par le personnel intérimaire. Des solutions internes de remplacement sont aujourd'hui privilégiées.

Tout ceci n'aurait pas été possible sans la délégation de gestion. Le pôle a pris conscience qu'en connaissant son activité et son évolution quantitative et qualitative, il lui fallait développer les compétences dans telle ou telle direction ; le principe de subsidiarité joue de manière très positive en ce qui concerne l'évaluation des besoins de formation. Le fait d'avoir délégué à ce titre une enveloppe a été très responsabilisant. Cette délégation a introduit de la transparence par rapport au coût de ces formations, ce qui a conduit à prioriser de manière plus pertinente les demandes.

Le pôle n'est pas perçu comme un lieu cloisonné alors que le service était perçu bloquant. Il devra évoluer en fonction des besoins de la population, de l'évolution des techniques, de la technologie et du développement de nouvelles activités. 100% du temps de travail paramédical devra être utilisé au bénéfice des soins aux malades. Le temps de travail des professionnels est coûteux et actuellement la difficulté, dans certains établissements, à recruter des infirmiers, conduit à l'utiliser le mieux possible. Cette prise de conscience a été favorisée par l'accent mis sur les données budgétaires et la construction d'un compte de résultat prévisionnel de pôle.

¹² Élément introduisant un risque de biais.

L'ensemble des témoignages recueillis corrobore les analyses résultant des observations et des recherches menées par ailleurs et permet d'apporter des premiers éléments de bilan positifs.

2.2. PREMIERS ELEMENTS DE BILAN :

Dans un premier temps, seront présentés certains bénéfices directs pour les pôles, pour leur identité et pour l'évolution du management de l'hôpital.

2.2.1. L'application du principe de subsidiarité se révèle bénéfique pour le recrutement et pour l'organisation du travail :

Selon l'avis unanime des acteurs concernés et impliqués dans le recrutement, les bénéfices de la délégation sont principalement de deux ordres et correspondent d'ailleurs aux objectifs affichés :

Le circuit du recrutement est raccourci et ceci se traduit par un gain de temps, dans un contexte de main d'œuvre disponible peu abondante et marqué par la concurrence des hôpitaux pédiatriques parisiens Necker et trousseau : a été supprimé le premier entretien avec la DRH ou la Direction des soins infirmiers et l'envoi aux pôles des CV présélectionnés, l'utilisation du téléphone et du mail est préférée au courrier traditionnel. Au pôle biologie, il faut souligner l'écriture et la diffusion d'une procédure de recrutement par le cadre paramédical ; il connaît les pièces indispensables au recrutement et les demande au candidat pour le premier entretien à l'hôpital.

Pour les techniciens de laboratoire, un premier entretien par téléphone a lieu avec le cadre paramédical, un second entretien est organisé par le cadre du pôle concerné pour vérifier les compétences techniques. Son accord est validé par le cadre paramédical. Ensuite, celui-ci prend le relais, contacte la personne retenue et lui propose trois rendez-vous groupés en une seule journée ou demi journée : avec lui-même, avec la personne responsable de la gestion du personnel non médical et avec la médecine du travail.

Le pôle peut ainsi recruter en 3 à 4 jours.

Pour les pôles cliniques, une réunion a lieu chaque lundi entre les quatre cadres paramédicaux, cette rencontre hebdomadaire permet d'examiner tous les CV reçus la semaine précédente ; en fonction des profils recherchés, les personnes sont reçues dans

l'un des pôles. En périnatalité, les candidats sont prévenus qu'ils travailleront à 90% pour un service et à 10% pour les autres services du pôle.

Cette réunion de la cellule recrutement a également pour avantages de mieux connaître la situation d'ensemble de l'hôpital et de proposer d'abord en interne les postes vacants.

Une fois recruté, le candidat se révèle souvent plus adapté à l'emploi proposé, celui-ci lui ayant été décrit de manière plus réaliste et plus complète qu'auparavant. Le pôle se sent responsabilisé pour l'intégration et le succès du candidat car il a plus contribué que par le passé à le recruter.- et cela lui a pris du temps. L'avenir permettra de savoir si les nouveaux recrutés sont plus fidèles. Il s'agit là, en effet de l'un des objectifs de la délégation exprimés au niveau des DRH et aussi, d'une mise en application de la théorie de l'Ecole des relations humaines.

Une étude Nord américaine¹³ portant sur le capital humain montre que les entreprises qui ont créé une culture impliquant leurs employés dans le processus d'embauche ont augmenté leur valeur de près de 2% sur le marché, les décisions prises au niveau des équipes procurant de meilleurs résultats.

A l'hôpital Robert Debré, la situation de départ était, de plus, assez favorable, avec, depuis 2006, une embellie constatée de la problématique de recrutement, en dépit de difficultés ponctuelles (cadres pour le pôle de biologie, sages-femmes) et l'hôpital connaît un faible taux de vacance de postes.

Cette situation a permis de développer la formation continue ce qui a facilité la mise en place d'entraides entre les différentes unités d'un pôle. Il faut souligner que ces transformations se sont faites dans un climat social favorable et caractérisé par la présence d'un personnel soignant de bonne volonté.¹⁴

A l'hôpital Robert Debré, moins de postes sont aujourd'hui vacants par rapport aux années précédentes, le circuit de recrutement étant reconnu comme beaucoup plus efficace ; les pôles peuvent ainsi dégager du temps pour la formation, facteur clé pour l'organisation du travail et la répartition des effectifs à l'échelle du pôle.

¹³ Watson Wyatt's Human Capital Index 2001. Research, Watson Wyatt Worldwide, 2001.

¹⁴ Cette situation ne se retrouve pas dans tous les établissements de l'AP-HP : à l'hôpital Tenon, dans le pôle TVAR (Thorax et voies aéro respiratoires), 30 IDE sur 188 sont manquantes, de l'avis du médecin responsable de pôle, cette pénurie de main d'œuvre obère les projets spécifiques au pôle et ne permet pas de dégager assez de temps pour former les IDE aux techniques d'un autre service du pôle. Politiquement, il ne lui a pas été facile de « remplacer » ces IDE par des AS et a du gager un emploi d'IDE par 1.5 emploi d'AS.

2.2.2. Les bénéfices liés aux efforts de réorganisation et de mutualisation des ressources :

Les objectifs de réorganisation, à moyens constants, ont impliqué les médecins. Depuis 2007, les médecins du pôle de pédiatrie spécialisée, lors de leurs consultations, pèsent et mesurent eux-mêmes les enfants. Les IDE peuvent ainsi se consacrer pleinement à l'accueil, à la fluidité, à l'éducation à la santé. Une dynamique s'est mise en place pour optimiser l'utilisation des ressources humaines. Ce type d'initiative, selon la Présidente de la CCM, a été rendu possible grâce au « ciment » qu'ont apporté aux pôles les discussions portant sur les moyens délégués.

Le pôle gynécologie et périnatalité a mutualisé ses ressources en IDE depuis début 2007. Cette mutualisation permet de ne plus recourir à l'équipe de suppléance et a permis à l'unité de néonatalogie d'enregistrer en 2006 une progression de 30% du nombre des séjours grâce à la mise en place d'une gestion mutualisée : toutes les IDE et auxiliaires de puériculture - sauf les nouvelles recrues en raison de l'expérience requise par les soins de dépistage et de surveillance - du pôle peuvent y travailler. En maternité, toutes les IDE peuvent apporter leur collaboration à l'unité de néonatalogie. En revanche, il reste impossible de remplacer une sage femme par une IDE.

Au pôle chirurgie, toutes les IDE et les aides soignants peuvent travailler au sein de tous les services d'hospitalisation. Ceci permet de maintenir l'activité constante et d'éviter des fermetures de lits. En contrepartie, les repos sont accordés de manière plus équitable et plus arrangeante d'autant plus que les cadres disposent d'une vision plus complète de l'activité du pôle.

2.2.3. L'émergence d'une véritable culture de pôle favorise l'enracinement du changement :

Pour reprendre une expression du sociologue américain Tom Peters, il faut créer dans les centres hospitaliers universitaires une culture de pôle partagée par ses salariés. C'est ce qu'il nomme « implication holistique »¹⁵.

Ce phénomène d'appartenance, avec le système polaire va donner au personnel des pôles un attachement nouveau qu'il va falloir développer : « je suis membre de tel pôle ».

¹⁵ « *Chaos Management* », Tom Peters, 1998, Editions Dunod, 610 pages

Ce sentiment d'appartenance, fondamental en management, prend appui sur une véritable politique de communication fondée sur un projet réellement partagé et qui repose sur une vraie cohérence.

L'émergence d'une culture de pôle se mettant en place avec un souci d'optimiser l'utilisation des ressources avec une vision sur l'année, en lien avec les objectifs du pôle est observée : les délégations de gestion y contribuent et c'était là un enjeu fondamental de la réforme qui serait restée à l'état de coquille vide si le pôle n'avait existé qu'en termes de structure juridique et organisationnelle. L'émergence de cette culture est d'autant plus remarquable que la notion de service, pour le personnel médical, subsiste fortement.

La création, la communication et la discussion en réunions de pôle de documents pour le pôle : à propos du projet de pôle bien sûr mais aussi du plan de recrutement, du plan de formation, des formations polaires (par exemple sur l'hygiène au pôle chirurgie), des parcours de formation dans les différentes unités du pôle ont contribué à développer un sentiment d'appartenance au pôle et à la prise de décisions acceptées par le plus grand nombre. Des éléments de démocratie participative sont apparus ; dans le domaine du recrutement, l'existence d'une réunion hebdomadaire des cadres paramédicaux pour examiner et se répartir toutes les candidatures en est un exemple. Ce type de procédure permet de réguler des conflits potentiels et devient par elle même source de valeur ; son fondement théorique a été formalisé par exemple par Max Weber qui parlait à ce sujet d' « éthique de responsabilité »¹⁶ : la démocratie participative augmente l'engagement des cadres paramédicaux et de santé en les impliquant davantage.

C'est sans doute ce volet « culturel » qui assure la mise en œuvre concrète de cette réforme alors que même la volonté du législateur avait pu, par le passé, rester lettre morte et expliquer l'empilement des textes de réforme.

Dans un autre registre, la signalétique de l'hôpital a été réorganisée et les services d'un pôle rapprochés géographiquement. Les possibilités d'entraide ont été renforcées et sont effectives dans plusieurs pôles entre les services¹⁷. D'une part car il ne s'est pas agi de mutualisation ou de polyvalence forcées, grande crainte de personnel paramédical à l'annonce de la réforme, d'autre part car le sentiment d'appartenance à un pôle a créé de la solidarité et enfin parce qu'on a mis en place des parcours de formation au sein du pôle. Les nouvelles recrues sont recrutées pour un service mais sont prévenues et

¹⁶ Max WEBER, *Le savant et le politique*, Plon, 10/18, Paris 1995

¹⁷ Citons aussi l'exemple de la création, mise en valeur par une cérémonie d'inauguration, d'une seule salle de classe pour le pôle chirurgie, réorganisation négociée par la cadre paramédicale, bientôt imitée par ses collègues, avec l'Education Nationale, qui montre que les délégations de gestion ont « libéré » les initiatives.

volontaires –tout au moins l'affirment-elles au départ – pour évoluer au sein du pôle et y voient une possibilité de développement de leurs qualifications. En revanche, il semble dommage que l'appartenance à un pôle ne soit pas prise en compte sur le bulletin de salaire qui continue de mentionner le service.

2.2.4. La contractualisation et la délégation exercent une influence notable sur les modes de management¹⁸ :

Le contenu des postes de directeurs bénéficie d'une rénovation consécutive à la gestion de l'innovation dans les modes de management :

« On est passé en 60 ans de l'école classique représentée par Fayol pour la fonction administrative et par Taylor pour la division scientifique du travail au management de l'organisation post-taylorienne, c'est-à-dire, d'une vision pyramidale et segmentée à une approche plus transversale en réseau »¹⁹.

La nouvelle gouvernance entraîne une évolution des responsabilités des acteurs hospitaliers reposant sur la segmentation en pôles d'activité et sur la contractualisation. Elle est fortement innovante par rapport au passé et encourage à la créativité.

Un détour par la théorie de l'innovation éclaire la complexité de cette évolution.

Dans toute entreprise, Norbert Alter²⁰ observe la coexistence de deux logiques apparemment contradictoires. L'une est centrée sur l'organisation pour réduire les incertitudes, l'autre vise à tirer parti de ces incertitudes pour innover. L'innovation fait référence à une nouvelle donne organisationnelle.

Pour réussir un changement d'organisation, il faut que ces logiques soient traduites dans le même langage et qu'elles créent des valeurs et une culture communes centrées sur l'efficacité au service des patients, l'autonomie, la responsabilisation, le développement des compétences, la création d'un dialogue individuel et collectif au sein des pôles. La mise en place des parcours qualifiants au sein des pôles illustre par exemple ce

¹⁸ MINTZBERG H. "manager, c'est assurer la convergence entre le fonctionnement réel et le fonctionnement désiré et empêcher que les écarts s'amplifient" "Le pouvoir dans les organisations" – Paris. Editions d'organisation, 1986, 679 pages.

¹⁹ Haute Autorité de Santé, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, janvier 2005, page 7.

²⁰ ALTER N. *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*. Paris. Presses universitaires de France. 229 p.

mouvement : ces parcours permettent au personnel de connaître l'ensemble des spécialités du pôle et renforcent les possibilités de modifier son organisation.

Les nouveaux arrivants, tout en étant affectés à un service, sont formés aux pratiques de soins à haut risque définies par le pôle, les personnels expérimentés sont formés à l'acquisition de nouvelles techniques.

Dès l'entretien de recrutement, ce parcours qualifiant est expliqué et proposé dans certains pôles : en chirurgie et en biologie ; au pôle biologie, un parcours de deux ans dans quatre laboratoires différents est obligatoire depuis 18 mois pour les techniciens de laboratoire et les agents hospitaliers. En ce qui concerne le pôle de pédiatrie spécialisée, le processus est plus difficile à mettre en place compte tenu des pathologies traitées (par exemple, absence de mutualisation entre le personnel soignant de la pédopsychiatrie et celui d'autres unités du pôle). Cependant, des champs spécifiques d'entraide y ont été identifiés : depuis juillet 2007, la nuit, les unités d'endocrinologie, de néphrologie et de neurologie se « dépannent » en cas de besoin.

La redéfinition du rôle de l'équipe de direction et l'action des directeurs référents de pôle :

L'accent est mis sur le pilotage des politiques, la garantie de l'équité de traitement, l'émergence d'une relation « clients fournisseurs » (conseil, information, soutien). Le changement de culture n'affecte donc pas seulement les pôles.

Quatre points importants :

- Les règles de gestion et les politiques institutionnelles doivent être connues et explicitées et ceci, beaucoup plus que par le passé puisque les pôles sont associés activement à la mise en place de ces politiques, à l'atteinte de leurs objectifs et au suivi de leurs résultats. Les directions fonctionnelles sont donc amenées à renforcer leur action en termes de diffusion et de mise à disposition de l'information. Le succès de la délégation de gestion exige une véritable pédagogie auprès des pôles sur les aspects statutaires, budgétaires et de gestion des compétences
- Chaque directeur adjoint a été nommé directeur référent d'un pôle, en rencontre l'exécutif chaque semaine et participe chaque mois au conseil de pôle. Cette mission garantit la circulation de l'information entre les pôles et l'équipe de direction.
- Les directions fonctionnelles et en premier lieu la DRH sont amenées à se réorienter vers des missions de définition de stratégie, d'expertise, d'appui et de contrôle interne. Cette réorientation ne prendra véritablement forme, cependant,

qu'en 2009, compte tenu, d'une part, du temps passé à informer et former les cadres de santé sur les matières déléguées et d'autre part, de l'arrivée du nouveau système d'information des ressources humaines.

- Pour le contrôle interne, des actions ont cependant été mise en place immédiatement :

Les éléments du compte de résultat du pôle font l'objet d'une discussion mensuelle en réunion de direction, en conseil exécutif et en conseils de pôle. Un tableau relatif aux moyens en personnel (mensualités annuelles, saisonnalisées, consommées) et un tableau valorisant en euros les dépenses de personnel par catégorie sont remis aux pôles chaque mois et regardés en conseil de pôle. Les écarts entre la réalité et les prévisions de l'EPRD et le TPER peuvent ainsi être analysés rapidement par le contrôleur de gestion central qui mobilise alors sa mission d'alerte.

Les pôles et les directions fonctionnelles mettent en place un contrôle de gestion assuré par le cadre administratif de pôle. Celui-ci contrôle l'activité, les enveloppes et établit différents tableaux de bord intéressant à la fois la direction et les médecins responsables de pôle et reprenant les indicateurs de suivi quantitatifs et qualitatifs (tableau des emplois, mensualités, consommation des moyens de remplacement, dépenses de formation et nombre de journées de formation, absentéisme). Il travaille en liaison avec la DRH et le contrôleur de gestion.

L'émergence d'un travail par processus à partir des domaines délégués :

« Avec les processus, le manager réconcilie les extrêmes : stabilité et mouvement, structure et souplesse »²¹.

La mise en place des délégations a permis de déployer un travail par processus. Les processus sont, en général, transversaux à l'organisation hiérarchique et structurelle. L'organisation par processus consiste à enrichir la vision des activités en superposant à la représentation par grandes fonctions, une représentation transversale regroupant l'ensemble des activités contribuant à une finalité donnée.

La mise en place des délégations a renforcé l'approche méthodologique des actions dans le domaine des ressources humaines pour lesquelles les pôles ont été rendus responsables et décisionnaires. Qu'il s'agisse du processus de recrutement, d'évaluation jusqu'à la proposition de surprime, d'élaboration du plan de formation, chaque processus,

²¹ KHABAZ T., LAGARDE C. Manager, où sont tes repères ? Paris, Editions d'Organisation 2003, 247 pages.

que l'on pourrait également nommer « circuit » a été décortiqué pour pouvoir être délégué. Etape par étape, du début à la fin, où chaque étape permet d'atteindre un résultat intermédiaire jusqu'au résultat final. Dans une organisation en pôles où la contractualisation façonne les relations, la DRH s'est attachée à développer une approche processuelle. Elle a défini avec les professionnels concernés, cadres paramédicaux, membres du conseil de pôle, cadres administratifs les processus clés. Les fiches méthodologiques élaborées au niveau de l'AP-HP ont inspiré l'établissement et ont permis de déterminer une méthode pour chaque délégation : ce que fait la DRH, ce que fait le pôle, le calendrier à respecter, les rendez-vous d'étape pour communiquer, échanger, demander conseil. Il s'agit d'élaborer des repères partagés. LA DRH a développé sa capacité à se situer en relation d'interdépendance et à travailler aussi bien avec les membres de l'équipe de direction qu'avec l'encadrement médical et paramédical des pôles. Si la DRH accompagne les équipes sur le volet technique et méthodologique des connaissances à utiliser, la mise en place des délégations conduit à renforcer la collaboration entre la DRH et la DSI qui doivent porter des messages identiques sur les méthodes et les résultats attendus.

En managant à partir de processus pour mettre en place une par une les délégations, la DRH a aidé ces collaborateurs à mettre leur action en perspective et à appréhender le sens de ce à quoi ils consacrent leur énergie et leurs efforts.

2.2.5. Trois inquiétudes ne se sont pas concrétisées :

Ces inquiétudes, si elles avaient été concrétisées, auraient rendu plus difficile la mise en place des délégations. Les réflexions menées en amont sur le choix des personnes, sur les clés de répartition des enveloppes, sur l'activité de l'hôpital ainsi que la maturité des acteurs impliqués, ont permis, pour l'instant, qu'elles n'émergent pas.

La crainte liée à l'émergence d'un nouveau type de conflictualité :

La gestion d'éventuels conflits auparavant arbitrés par la direction pourrait fragiliser les exécutifs de pôle à l'avenir. Cette situation n'est pas encore apparue car pour l'instant les conflits, selon la DRH, continuent de « remonter à la direction ».

L'expérience récente montre que certaines difficultés ne peuvent pas être mieux résolues en étant déléguées. Par exemple, on constate en septembre 2007 que le fait d'avoir inscrit l'objectif de prise d'un certain nombre de congés légaux dans l'année n'a pas permis d'améliorer la situation. Les situations génératrices de conflictualité, comme celle-

ci, demandent à être prises en main par la direction et pour l'ensemble du personnel de l'établissement.

La crainte liée à l'affichage de « droits de tirage » :

Les entretiens menés au sein des pôles permettent de mettre fin à la crainte selon laquelle chaque pôle chercherait à dépenser les enveloppes déléguées. L'implication des utilisateurs dans la décision économique fait disparaître les risques induits par l'affichage de « droits de tirage ». Certes, il a parfois fallu augmenter en cours d'année – grâce au budget de réserve - les enveloppes déléguées et ce, pour des raisons légitimes (formations du pôle biologie par exemple, plus nombreuses mais indispensables voire obligatoires dans le cadre de la certification). S'il existe une difficulté compréhensible à prévoir exactement, force est de constater et ce dès l'année 1 que les besoins existent et que les pôles manifestent cependant une volonté de respecter les enveloppes.

La crainte de «manquer de compétences en local » :

Les exécutifs de pôle ont montré de l'intérêt et du professionnalisme même si tous ne sont pas au même niveau :

En 2007, deux pôles (chirurgie et biologie) ont bâti un véritable plan de formation, priorisé en fonction d'un projet médical, prenant en compte toutes les ressources (formations externes, sur site, de l'AP-HP) et en veillant à l'articulation avec le projet stratégique de l'hôpital et les priorités institutionnelles ; un seul autre pôle a organisé une formation « polaire » pour assurer la connaissance des objectifs du pôle, favoriser, par des actions de formation croisées sur les gestes techniques particuliers à une spécialité, la mutualisation ou tout au moins l'entraide entre les services .

La délégation de la gestion du tableau des emplois et du recrutement du personnel non médical, demandent une mobilisation conséquente :comblement des emplois vacants par du recrutement ou par l'utilisation de mensualités pour y pourvoir temporairement ; en revanche, elle n'a pas encore entraîné de réflexion stratégique dans les pôles en termes de variations qualitatives (fongibilité au sein du tableau des emplois) : par exemple, modifications du tableau des emplois permettant de recruter plus de sages femmes et moins d' IDE si les prévisions d'activité le demandent. Le tableau des emplois, tout au moins en année 1 de délégation, a fait l'objet d'une réunion entre le Directeur et chaque cadre paramédical de pôle. Le contexte de la mise en place de la délégation a permis une telle action. Le Directeur a fixé des ratios nombre de personnel soignant/lit. Si les cadres

sont ressortis de cette réunion avec une meilleure connaissance du tableau des emplois de leur pôle, par inexpérience de ce type d'exercice, ils se sont montrés plutôt passifs. Un seul cadre paramédical a proposé des transformations de postes en ayant en tête les règles de fongibilité et de neutralité indiciaires.

Pourtant, la possibilité de procéder à des modifications des ressources en personnel non médical, qu'elles soient pérennes (modification du tableau des emplois dans le cadre de la fongibilité et du respect de la masse salariale) ou non pérennes (fongibilité entre enveloppes constituant le budget du personnel non médical ou régulation de ce budget en fonction des prévisions d'activité) peut être qualifiée de stratégiquement fondamentale pour l'organisation du travail du pôle et l'atteinte de ses objectifs médicaux.

2.2.6. La réussite des délégations s'appuie sur la réalisation de certaines conditions :

Le choix d'une méthode consensuelle et progressive :

Pour la mise en place des délégations, la DRH a organisé des réunions pendant 6 mois et en avançant progressivement ; l'accord des participants a été recherché. Aucune délégation n'a été imposée (gestion de l'équipe de suppléance, des heures supplémentaires reportées à la demande des cadres). La mise en place de circuits clairs, inspirés du guide de la délégation de l'AP-HP, permettant à chacun de savoir ce qu'il a à faire a facilité la mise en place de chacune des délégations et fourni des modes d'emplois pratiques.

Il faut souligner aussi la transparence et la communication dont a fait l'objet la réforme : le chef de projet « nouvelle gouvernance » a communiqué devant les instances de l'hôpital : CTLE, Conseil exécutif, CCM, à chaque avancée notable.

Le choix des personnes chargées en première ligne de la mise en œuvre des délégations :

En effet faire « le bon choix » conditionne la mise en œuvre des délégations de gestion. Le cadre paramédical de pôle est ici en première ligne, chargé de la mise en œuvre de la politique des ressources humaines du pôle (c'est la première de ses fonctions sur la fiche de poste), en collaboration et en liaison avec le médecin responsable de pôle, la politique des ressources humaines étant au service du projet médical du pôle et avec l'appui du cadre administratif pour la gestion des enveloppes, le suivi mensuel des effectifs.

Son positionnement est donc inédit en termes de pratiques managériales et de champ d'intervention.

Le cadre supérieur de santé retenu doit donc manifester un véritable intérêt et des compétences pour les ressources humaines et se montrer capable d'élaborer et de rédiger un plan d'actions pour son pôle et pour plusieurs sous domaines des ressources humaines, d'autant plus qu'ils sont connexes, par exemple : l'évaluation, la proposition de notation, de taux de surprime) et que leur liste évolue, sa mission évolue rapidement. La formation doit suivre rapidement, qu'il s'agisse des formations en stage extérieur ou de l'accompagnement de la DRH.

En seconde ligne, le cadre administratif de pôle, très peu associé au recrutement, issu de la filière administrative, ne conduit pas d'entretien d'embauche de personnel soignant. En revanche, il commence à gérer les secrétaires médicales (pour leur recrutement, leur formation et l'organisation de leur travail à l'échelle du pôle); cette nouvelle mission renforce l'intérêt d'un poste centré sur le suivi financier et le contrôle de gestion et soulage le cadre paramédical de pôle tout en créant une occasion supplémentaire de conduire un travail d'équipe. Il s'agit entre ces deux cadres, de travailler en équipe : or, il est arrivé que le cadre paramédical n'informe pas toujours le cadre administratif des décisions prises et le suivi financier du pôle est alors inexact.

Le SIRH doit être adapté et mis à la portée des gestionnaires dans les pôles :

Les pôles disposent d'un accès limité au SIRH, en particulier GIPSIE et ceci leur pose des difficultés pour le suivi des enveloppes déléguées : par exemple, les pôles n'ont pas accès, ne serait-ce qu'en lecture, aux inscriptions et aux crédits de formation consommés. N'ayant pas accès à GIPSIE paye, ils ne peuvent pas vérifier les heures supplémentaires saisies par le gestionnaire RH. Ils ne connaissent que le nom des personnes payées par l'hôpital dans le pôle.

Si le domaine des ressources humaines comporte de nombreuses informations nominatives et exige une grande confidentialité et s'il paraît difficile de multiplier les accès aux applications, Il faut toutefois adapter le SI de façon à ce que les pôles puissent accéder à l'information dont ils ont besoin.

PARTIE 3 : VERIFICATION DES HYPOTHESES DE DEPART ET PRECONISATIONS D' ACTIONS POUR FAIRE DE LA DELEGATION RH UNE PLEINE REUSSITE ET POUR L' ETENDRE

3.1. VERIFICATION DES HYPOTHESES DE DEPART :

3.1.1. La délégation de gestion induit une plus grande participation des pôles à leur gestion et les responsabilise, apporte des marges de manœuvre en vue d'une meilleure efficacité :

Cette hypothèse est vérifiée à l'hôpital Robert Debré, à des niveaux différents selon les pôles ; les illustrations et les retours des acteurs, analysés en partie 2, témoignent d'améliorations objectives et d'un ressenti assez enthousiaste observés dans le domaine du recrutement, du suivi des stagiaires, de l'utilisation du personnel soignant, dans la maîtrise des moyens de remplacement.

Des tendances positives se dégagent même s'il est difficile de mesurer et d'évaluer précisément et quantitativement la plus-value pour le patient et pour l'établissement.

En effet, un premier obstacle réside dans le manque de recul temporel, les délégations RH étant mises en place progressivement depuis un an seulement.

Ensuite, ce type d'évaluation se heurte à la complexité de la mesure de la performance dans le domaine de la santé, comme le souligne un article publié par la DREES, service statistique du ministère de la santé²². Le concept de performance est caractérisé par son contenu multidimensionnel, qui varie selon les points de vue des gestionnaires, des usagers, des régulateurs ou des professionnels.

A partir de la théorie des organisations, des auteurs québécois ont réalisé des travaux qui ont permis au ministère de la santé du Québec de bâtir une modélisation de la performance des établissements de soins.

²² BEAUBEAU D. PEREIRA C., Mesure de la performance dans le domaine de la santé. Dossiers solidarité et santé, 2004/07-09.

Cette performance est définie selon quatre axes dont qui inspireront l'observation de la plus-value apportée par la délégation dans le domaine des ressources humaines au patient et à l'établissement :

1. L'atteinte des buts, c'est-à-dire l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients au travers de la mise en place de nouveaux modes de fonctionnement :

Peuvent être ici cités à titre d'exemples les premiers efforts de formation fournis pour rendre le personnel soignant capable d'intervenir sur tous les services d'un pôle : c'est le cas pour le pôle chirurgie, c'est le cas pour les IDE du pôle périnatalité et pour les IDE du pôle de pédiatrie spécialisée pour certains services seulement (toutes les IDE n'intervenant pas en hémodialyse ou encore en alimentation parentérale). Cette polyvalence n'est mise en œuvre qu'à la marge, afin d'assurer la permanence et la continuité des soins et de respecter le ratio de personnel soignant par patient en cas d'absence de personnel. Le patient et sa famille ne sont donc pas pour autant privés d'un référent stable à leur service.

Le raccourcissement du circuit du recrutement et la confiance accordée aux pôles pour choisir les candidats les plus adaptés et les fidéliser participent à la mise en place d'équipes qualifiées, motivées et solidaires.

2. L'efficacité économique :

Elle renvoie à l'utilisation optimale des moyens, ici, les ressources humaines ; peuvent être repris les deux exemples ci-dessus ; il a également été vu que certains pôles ne faisaient plus appel à l'intérim, grâce à la mutualisation des ressources humaines ; la mise en pool des secrétaires médicales au pôle chirurgie en est un autre. La délégation de l'équipe de suppléance peut permettre, en 2008, la suppression de 2 postes à la direction des soins. S Les délégations se sont faites à moyens constants et dans un contexte de maîtrise des coûts, parallèle à la montée en charge de la tarification à l'activité. Les améliorations dans l'organisation traduisent donc de l'efficience. Un bilan complet, toutefois, ne peut être déjà fait et il devrait prendre en compte une partie du salaire des cadres administratifs de pôle.

3. L'adaptation au changement :

Elle traduit la capacité pour l'hôpital et à moyen terme, à se procurer les ressources nécessaires à son activité et à long terme à se transformer pour s'adapter aux changements technologiques, politiques et sociaux ; il est ici encore trop tôt pour tirer des

conclusions ; la mise en oeuvre depuis le mois de juin 2007 d'un suivi de la gestion des effectifs et des compétences et de la liaison entre l'activité et les dépenses dans les pôles ne permet pas d'établir un premier résultat en termes de performance. Quoi qu'il en soit, les délégations sont un moyen, pour le pôle d'améliorer sa réponse aux évolutions de la demande. L'équipe de direction, les exécutifs de pôle, le personnel soignant dans l'ensemble a fait preuve d'adaptation. Les relations et le mode de management se transforment avec la contractualisation, la responsabilisation et le travail par processus.

4. Le maintien des valeurs :

C'est en fait le ciment des trois autres axes. Il consiste à préserver et à entretenir une culture commune, partagée par l'ensemble des professionnels et qui assure la cohésion de l'institution autour de ses missions et de ses objectifs. Il a été constaté qu'une culture de pôle ainsi qu'un véritable engagement pour toutes les missions du pôle commençait à se développer. Au service ressenti comme unité cloisonnée semble succéder des pôles plus dynamiques et porteurs d'initiatives.

La performance aussi peut être mesurée par des indicateurs qui peuvent être regroupés dans un tableau de bord. Un indicateur est une représentation chiffrée d'un phénomène que l'institution souhaite mettre sous contrôle. Il permet d'objectiver la situation et de la rendre interprétable. Selon la HAS « un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation d'un point de vue quantitatif ». Son utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif.

En ce qui concerne la contractualisation et le suivi des objectifs, le règlement intérieur de l'AP-HP prévoit des critères d'évaluation des contrats de pôle qui s'articulent autour de trois niveaux d'indicateurs :

- des indicateurs « socle » communs à tous les pôles et à tous les hôpitaux de l'AP-HP ;
- des indicateurs communs à l'ensemble des pôles de l'hôpital et définis par le conseil exécutif local ;
- des indicateurs définis dans le contrat de pôle en cohérence avec le projet de pôle.

Tous ces indicateurs sont - normalement - :

- soit issus du « dictionnaire des indicateurs » défini et géré par le domaine pilotage,
- soit feront l'objet d'une proposition sous forme d'indicateurs clairement identifiés en termes d'appellation, de mode de calcul, de donnée source et intégrés dans le dictionnaire central après validation par le domaine pilotage.

En ce qui concerne les indicateurs de suivi de la délégation RH, aucun ne figure pour l'instant dans ce dictionnaire d'indicateurs. Si un suivi des délégations est effectué tous les quatre mois par la DRH, il ne repose pas encore sur les indicateurs pourtant nécessaires à un pilotage fin des délégations.

Les indicateurs retenus dans les contrats de pôle sont :

- l'absentéisme
- le taux de prise des congés légaux
- les prestations d'intérim

Ces indicateurs, peu nombreux, ne peuvent être reliés à la délégation de gestion que de manière indirecte. Les objectifs qu'ils sous-tendent auraient pu être fixés aux services dans le cadre de l'ancienne organisation. Certes, leur évolution « dans le bon sens » traduira sans doute l'implication des responsables de pôle. En année 1 du contrat, les bénéfices de la délégation de gestion se situent plutôt dans les changements d'organisation, dans les systèmes d'entraide mis en place de façon volontaire par les pôles – l'expression « mutualisation des ressources humaines » n'étant pas utilisée par prudence sociale - et qui n'auraient pas pu l'être, sans doute, sans affichage de l'autonomie des pôles et du souhait de leur responsabilisation.

N'oublions pas que le choix d'indicateurs, objectif en théorie, se révèle souvent politique en réalité. Les indicateurs relatifs à l'absentéisme, au taux de prise des congés légaux et aux prestations d'intérim traduisent aussi une volonté politique de l'AP-HP. L'élaboration des contrats de pôle a été une occasion de fixer sur le papier des objectifs qui ressortent plus au management de l'hôpital qu'au suivi de moyens délégués. D'ailleurs, deux des cadres paramédicaux interrogés ne s'en souvenaient pas et n'avaient donc pas mis en place d'actions spécifiques.

Les indicateurs suivis mensuellement par le pôle « IMOD » (imagerie, oncologie, digestif) de l'hôpital Tenon en 2007, sont au nombre de 18 (et parfois sont énoncés comme des objectifs) : y figurent le suivi du taux d'absentéisme ordinaire et le pourcentage de congés pris dans l'année mais aussi des indicateurs aussi variés que le taux de respect du tableau des emplois, la densité de personnel en consultation, le nombre d'intégrations suite à un stage, le nombre de personnes inaptes intégrées, le nombre d'agents ayant eu un parcours qualifiant, le nombre d'actions effectuées pour valoriser l'identité du pôle...

3.1.2. Vérification de la seconde hypothèse :

La mise en place de délégations de gestion modifie en profondeur les missions d'un directeur adjoint, en particulier, celles du DRH :

Le domaine des ressources humaines est particulièrement impacté par la délégation de gestion et il en résulte un changement dans les missions de la Directrice des ressources humaines ; un changement similaire affecte également celles de la Directrice des soins.

A l'hôpital Robert Debré, la délégation de gestion n'a été mise en place que pour ce domaine et celui des investissements (cf. annexe 2). Il sert donc également de terrain d'expérimentation managérial pour les domaines qui seront en partie délégués dans le futur.

En déléguant aux pôles des actions relevant de la gestion de proximité et en intervenant en aval pour maintenir et garantir l'équité (péréquation des propositions de notations, de promotions, égalité entre les pôles pour le recrutement des seniors, de personnes handicapées...), le respect de la réglementation, le plafonnement des dépenses, arbitrer et de contrôler a posteriori la DRH (et aussi la Directrice des Soins) ont ressenti un véritable enrichissement de leurs fonctions ; la crainte d'avoir à faire à du personnel manquant de compétences ne s'est pas concrétisée : dans chaque pôle, le cadre paramédical pressenti puis nommé a fait preuve d'une forte aptitude d'assimilation. La transmission des connaissances nécessaires à l'exercice des délégations, par la mise en place de réunions, de groupes de travail, par la création de supports, s'est révélée enrichissante.

Pour l'instant, l'investissement de la DRH est important en ce qui concerne la clarification des règles et des procédures, l'apport d'informations aux pôles : transmission des connaissances nécessaires à la réalisation du contrat et des responsabilités déléguées, pédagogie sur la gestion statutaire et budgétaire ; des outils ont été construits et mis à la disposition, en particulier des tableaux de suivi : des mensualités de remplacement, des effectifs, des suivis des périodes de stage. Un contrôle de gestion partagé avec les pôles, effectué par le cadre administratif de pôle a été mis en œuvre.

Pour les autres domaines : l'élaboration et le pilotage de la politique des ressources humaines, la gestion administrative du personnel, les relations et la veille sociales, la préparation des réunions d'instances, la mission de la DRH est restée la même. C'est pourquoi on ne peut pas parler de déclin de la fonction. A ses aspects « légalistes » s'ajoute une forte dimension économique d'optimisation des moyens.

En ce qui concerne la charge de travail des gestionnaires de la DRH, celle-ci ne s'est pas allégée, si elle s'est formellement transformée avec la réorganisation du travail des gestionnaires par pôle, les tâches administratives sont restées les mêmes.

3.1.3. La question de l'impact de l'appartenance à l' AP-HP :

Cette appartenance entraîne-elle des spécificités dans la mise en place des délégations ?

Comme explicité en partie 1, l' AP-HP a posé un cadre et fixé des jalons. Ce volontarisme s'est révélé incitatif et « facilitant ».

Le siège de l'AP-HP dispose d'un pouvoir évident d'impulsion, grâce à ses directions et à ses experts, grâce aux structures de réflexion et de suivi des actions comme le « cercle des décideurs RH ». La taille et les moyens des pôles à l'AP-HP sont également facilitateurs et permettent de bâtir des outils de pilotage (tableaux de bord, plan de formation, plan de recrutement...) et de prendre des initiatives (élaboration de formations polaires, systèmes d'entraide...). Ces avantages ne peuvent pas facilement concerner des hôpitaux plus petits ou isolés.

L'AP-HP s'est donc appuyée sur ces différents moyens pour définir les délégations, les expérimenter, construire et diffuser des outils. Depuis 2007, le catalogue de formation propose des stages destinés aux cadres gérant les ressources humaines au sein d'un pôle, en particulier sur le sujet du développement des compétences.

L'investissement de l'AP-HP traduit également un souci de s'appuyer sur le contexte dynamisant de la réforme pour renforcer l'homogénéisation des pratiques et des compétences au sein de ses établissements.

L'action des groupes de travail, par exemple, a permis de mettre en évidence le degré d'autonomie des services dans le domaine des ressources humaines selon les hôpitaux et de discuter des outils utilisés. Le « cercle des décideurs RH », réunion mensuelle entre les Directions du Personnel du siège et tous les DRH des hôpitaux inscrit l'avancée des délégations chaque mois ou presque à son ordre du jour. Depuis 2006, la délégation est l'un des sujets les plus discutés de ce cercle. Sont privilégiés les partages d'expérience et la transmission à tous des documents qui traduisent une avancée.

Pas un établissement n'a pu échapper à la réflexion et à un début de mise en œuvre du sujet.

L'AP-HP a donc facilité et accompagné la mise en place des délégations sans pour autant se montrer coercitive et ce malgré l'emploi du terme « obligatoire », elle tient compte de circonstances particulières et de l'opinion du DRH d'établissement pour accepter un

rythme ralenti de mise en place des délégations. Ces précautions ont permis que son encadrement, même souple, n'entre pas en contradiction avec l'un des objectifs clé de la réforme : l'application du principe de subsidiarité. En effet, des décisions prises au plus près du terrain ne peuvent pas être identiques dans tous les établissements mais, tous ont du reprendre à leur compte cependant, la fiche de poste de cadre paramédical, les objectifs de lutte contre l'absentéisme, de taux de prise des congés légaux au détriment d'objectifs plus spécifiques. L'examen des contrats de pôle de l'hôpital Robert Debré laisse supposer que la reprise des objectifs définis au niveau central s'est faite au détriment de la créativité au niveau local.

Néanmoins l'hôpital Robert Debré a dépassé les recommandations du siège en termes de délégations en mettant en œuvre une méthode personnelle privilégiant le travail en petits groupes avec la DSI, les cadres paramédicaux, la construction pratique et en commun d'outils comme le tableau de gestion prévisionnel des effectifs.

L'expérience des établissements les plus avancés devrait permettre, au bénéfice de tous, un enrichissement du guide de la délégation de l'AP-HP, quoique dans sa forme actuelle, il constitue un outil précieux, détaillé et, à ce titre, 90% des procédures qu'il propose ont été reprises à l'hôpital Debré, pour les délégations que l'hôpital a mises en route.

Enfin, il faut remarquer que le travail en budgets de service a facilité l'adaptation des équipes de l'AP-HP et les avait disposées à comprendre le sens des nouvelles règles.

3.2. PRECONISATIONS D' ACTIONS POUR FAIRE DE LA DELEGATION RH UNE PLEINE REUSSITE ET POUR L'ETENDRE

3.2.1. Dégager des ressources pour la formation :

La délégation de l'organisation du travail à l'échelle d'un pôle :

Celle-ci suppose que la plupart, au moins, des membres du personnel soignants, maîtrise les gestes techniques de plus d'une spécialité, les spécialités étant par ailleurs devenues très nombreuses à l'hôpital public. La mise en place de formations, de parcours qualifiants au sein d'un pôle a pour objectifs, non seulement de faciliter la mutualisation du personnel soignant, bien que l'on parle plus facilement au stade actuel d'entraide ou de suppléance temporaire, pour gérer des pénuries ou en période de crise comme dans le cas de la

bronchiolite par exemple mais aussi d'ouvrir à ce personnel des perspectives d'enrichissement pour leur carrière.

Or, les réticences à intervenir dans l'ensemble du pôle plutôt que dans un seul service sont davantage liées à la crainte de ne pas être au point techniquement qu'à un franc refus du changement.

Cette exigence de renforcement de la formation demande des ressources ; certains cadres de santé et cadres supérieurs de santé doivent être réorientés, peut être par périodes de deux ans avant évaluation du dispositif, vers ce type de mission. En particulier, des cadres supérieurs non cadres paramédicaux peuvent trouver une nouvelle source d'investissement et de motivation dans le travail.

L'AP-HP, dans le cadre d'une formation intitulée « manager et développer les compétences », propose aux cadres paramédicaux de mettre en place, pour les gestes techniques (par exemple, utilisation d'appareils permettant de lutter contre la douleur), des « microformations » régulières de 30 minutes par sessions de 3 à 4 personnes. C'est une voie à creuser pour assurer le maintien des compétences dans l'optique de la mise en place d'une circulation et d'une certaine polyvalence au sein du pôle, qui en exigeant la mise en oeuvre de compétences nouvelles pour certaines IDE (gestes sur cathéters, tests en endocrinologie...) ne doivent pas les affaiblir, par une pratique moins fréquente sur les gestes dont elles s'étaient fait une spécialité dans leur service.

Si l'objectif affiché n'est pas d'économiser mais d'optimiser de manière efficiente l'utilisation des ressources, l'un des principaux intérêts de la délégation de gestion réside bien dans la mutualisation des ressources humaines, quand elle est possible. La condition de réussite essentielle, au-delà de l'adhésion du personnel soignant à cette évolution, qui passe par le développement de la culture de pôle et du sentiment d'appartenance à une équipe solidaire, est l'investissement dans le capital humain, c'est-à-dire la formation continue. Celle-ci rassure le personnel sur ses capacités et représente un impératif pour la qualité de la prise en charge des patients.

La formation des exécutifs de pôle au management des ressources humaines :

Une première session en 2006, destinée au « triumvirat » (médecin responsable de pôle, cadre paramédical et cadre administratif de pôle), organisée au niveau de l'AP-HP, s'est révélée décevante. Certes, elle a ouvert un moment d'échanges mais sur le fond, le cours de management dispensé a déçu par son niveau ressenti comme faible et sur la forme, peu de triumvirats complets ont répondu à l'appel, ce qui a, en partie, vidé de son sens cette initiative.

Une nouvelle formation des exécutifs de pôle se met donc en place à l'AP-HP et doit être évaluée avant d'être élargie : l'exemple de l'ICN²³, école de management de Nancy, doit retenir l'attention par son ambition : cette école a voulu apporter une réponse nouvelle avec une formation réunissant, comme à l'AP-HP, en même temps le trinôme complet : le médecin, le cadre paramédical et le cadre administratif. Le but étant que chaque participant fasse le lien entre ses responsabilités et celles des autres membres. « *La formation permet de souder le trinôme car on réfléchit ensemble aux problématiques* », explique Michel Schmitt, responsable du pôle chirurgie infantile viscérale du CHU de Nancy, qui a participé à la première formation. Le dispositif a été lancé en mars 2007. Seize participants ont reçu une formation diplômante de dix jours répartis sur plusieurs mois. L'objectif des différentes équipes au cours de trois modules de formation est d'établir une charte de gouvernance, de combiner les savoirs, de faire le lien entre leurs propres responsabilités tout en créant « *une dynamique d'équipe au sein du trinôme pour apprendre à travailler ensemble* », explique Stéphane Boiteux, directeur général de l'ICN. Cette formation apporte, selon Patrick Colombel, directeur de cabinet du directeur général du CHU de Nancy, des outils de gestion et d'aide à la décision pertinents.

Ce type de formation demande un investissement important cependant la responsabilisation des acteurs par la montée en compétences et notamment celle du médecin responsable et de son équipe permet d'organiser une délégation de gestion significative. Elle requiert donc une vraie formation au management, et non seulement à la gestion, mais aussi une réelle capacité de décision dans les domaines délégués et décentralisés.

La formation aux outils techniques de la gestion des ressources humaines :

Il appartient à la DRH d'organiser la formation aux aspects techniques des domaines délégués ; le passage, en année 2 de la délégation, du tableau des emplois – qui figure en annexe des contrats de pôle pour 2007 - à l'EPRD et au TPER, va requérir de nouveaux savoirs faire : lier la prévision de l'activité à la dynamique des effectifs, tenir compte, en fonction des recrutements, des variations de capacités, de l'évolution de la durée moyenne de séjour, de l'impact démographique sur le « glissement-vieillesse-technicité ». Autant de paramètres complexes sont ainsi à combiner.

²³ Thibault G. « Une formation managériale pour renforcer l'efficacité du trinôme », in Hospimedia, 25/06/2007, www.hospimedia.fr.

Ainsi, pour la gestion des moyens et pour examiner une illustration parmi d'autres de ces savoirs faire, on pourra se référer à l'annexe 3 qui propose un exemple d'exercice auquel devront savoir se livrer les pôles. Dans ce contexte de mise en place des outils permettant, comme la réforme le prévoit, de faire le lien entre l'activité et les dépenses.

3.2.2. Adapter les responsabilités et les enveloppes déléguées aux spécificités du pôle pour valoriser la contractualisation et les délégations.

Adapter les moyens délégués :

En année 1, les moyens délégués l'ont été selon la même clé pour tous les pôles en prenant en compte principalement les effectifs. En année 2, l'analyse devra être affinée. En ce qui concerne la formation, certains pôles sont naturellement plus coûteux (biologie) et d'autres moins (par exemple, la mise à niveau des connaissances du pôle imagerie fait l'objet de congrès plutôt que de formations sur catalogues). Il faudra aussi que la DRH transmette aux pôles les priorités institutionnelles très à l'avance et qu'elle les familiarise avec le catalogue de formation de l'AP-HP qui est consultable en ligne sur l'intranet.

En ce qui concerne les moyens de remplacement, il faudra tenir compte des efforts consentis pour privilégier des solutions internes aux pôles, grâce aux formations « polaires », à la culture de pôle et aux valeurs de solidarité et d'esprit d'équipe portées par son encadrement et son exécutif dans certains pôles pour influencer les autres pôles et les conduire à adapter leur pilotage de la présence au travail dans un sens analogue. Le ou la DRH peut aider à déléguer peut être moins de moyens mais d'une manière plus qualitative. Il lui revient d'analyser les résultats des pôles pour orienter son action.

Adapter le contenu des contrats de pôle :

Pour l'instant, en ce qui concerne les RH, il est identique pour tous les pôles ; il comporte un nombre réduit d'objectifs et d'indicateurs.

Il faudrait rédiger des cahiers des charges précis par thèmes pour faire le lien entre le contenu des contrats et les délégations.

Les indicateurs (absentéisme, taux de prise des congés légaux, diminution des prestations d'intérim) ne sont que faiblement liés au contenu des délégations de gestion RH. A l'avenir, les objectifs et les indicateurs devront incorporer davantage le projet médical et social du pôle et être ainsi plus personnalisés ; d'autre part, ils devront être plus nombreux afin de valoriser le volet ressources humaines de la délégation, voire plus originaux.

Par exemple, un indicateur sur l'utilisation de la fongibilité permise au niveau du tableau des emplois entre emplois permanents et mensualités de remplacement mesurerait la réactivité à combler d'une manière ou d'un autre les emplois vacants, un indicateur sur le taux de turn over rendrait compte de la fidélisation du personnel recruté, un indicateur sur le taux de suivi du plan de formation pourrait permettre d'améliorer le plan annuel suivant, un indicateur sur le nombre de personnes ayant suivi un parcours qualifiant dans le pôle. De surcroît, ces nouveaux indicateurs, suivis sur intranet, permettraient aux pôles de se comparer et d'accéder à un outil bureautique. Comme on l'a vu, les pôles n'ont pas accès au SIRH ou de manière ponctuelle : tel cadre administratif, très compétent pour bâtir les statistiques d'activité demandées par son responsable de pôle, a pu négocier un accès à GIPSIE, afin de disposer de davantage d'informations. L'arrivée du NSI RH posera à nouveau le problème de la formation et des accès aux applications de gestion du personnel, pour vérifier un solde de congés avant validation par le supérieur hiérarchique ou autre.

A l'avenir, une liaison plus nette entre les projets médicaux de chaque pôle et les moyens délégués devra être mise en avant. Les délégations ont été définies dans un premier temps, de manière large, et donc sans lien très direct avec chacun des projets de pôles ; la mise en place d'un véritable management de subsidiarité suppose de partir des projets des pôles et des besoins qu'ils expriment, lors de la négociation des contrats pour définir les délégations de pouvoir et de moyens nécessaires à leur réalisation.

Adapter les modalités d'intéressement :

Pour l'instant, les contrats sont restés imprécis sur ce point.

On peut cependant supposer qu'un intéressement approuvé par le pôle puisse favoriser l'atteinte des objectifs et une utilisation bien raisonnée des moyens délégués. Comme annoncé en CTLE par le directeur en mai 2007, cet intéressement pourrait prendre la forme de crédits supplémentaires pour la formation externe et la participation à des congrès. Les représentants des organisations syndicales présents ont accueilli cette idée très favorablement.

3.2.3. Renforcer l'homogénéité des pratiques dans les pôles

Mettre en place de structures d'échanges spécifiques :

Une réunion mensuelle entre les cadres paramédicaux, les cadres administratifs, la DRH et la DSI pourrait être mise en place. Citons également l'initiative de l'hôpital Tenon d'organiser des journées d'actualité RH sur les règles de recrutement, les accidents de travail, la construction d'un plan de recrutement ou encore sur « Pilote RH ». La mise en place des délégations a mis en évidence des différences dans la manière de travailler selon les pôles et les personnes. Une réflexion collective sur ces différences et leur pertinence permettrait d'optimiser les processus concernés. C'est ainsi que pourraient par exemple être harmonisés les protocoles de soins des IDE afin qu'elles soient à l'aise lorsqu'elles effectuent un remplacement dans un service.

Standardiser le rôle du directeur adjoint référent d'un pôle :

Chaque directeur adjoint a été nommé directeur référent d'un pôle et, à ce titre, lui apporte conseil et expertise.

Aujourd'hui, le directeur référent de pôle peut avoir tendance à privilégier dans son suivi et dans son soutien au pôle les éléments qui appartiennent à sa spécialité : les investissements pour le pôle imagerie médicale, les finances pour le pôle biologie. Les cahiers des charges précités doivent l'aider à étendre son suivi de l'activité et des délégations sans aller jusqu'à se substituer aux directions fonctionnelles. Le directeur référent apporte au chef de pôle la connaissance du fonctionnement du monde administratif et une vision globale de l'hôpital en le coachant sur sa prise en compte de l'ensemble des aspects de management du pôle. Il joue ainsi deux rôles distincts : faire valoir de la politique institutionnelle, garant de la réglementation et il se positionne dans chaque direction fonctionnelle tout en étant en expert au sein de sa direction.

Le directeur référent doit comprendre les enjeux et les modes de fonctionnement du pôle en :

- préparant, débriefant les réunions clés, en assurant entre le pôle et la direction la remontée et la descente des informations
- participant à la construction du projet de pôle en assurant la synchronisation avec le projet d'établissement
- jouant collectivement avec les directions fonctionnelles pour qu'elles jouent pleinement leur rôle et traitent les sujets sur le fond

- laissant se développer la créativité, en favorisant des expérimentations, en faisant confiance dans « le flair », clé permettant d'apporter une réponse à la complexité des systèmes. Cette intuition réelle ne s'acquiert qu'avec l'expérience de la décision et des formations adéquates d'où l'impérieuse nécessité, surtout au démarrage, d'un investissement fort dans la formation au management et dans la capacité des directeurs référents de jouer le jeu.

Ces missions du directeur référent de pôle doivent faire l'objet d'une réflexion collective et régulière au sein de l'équipe de direction ; ce travail permettrait d'harmoniser les pratiques et d'assurer le succès de toutes les délégations par un suivi plus fouillé et fréquent ; en effet, le directeur référent d'un pôle se réunit chaque semaine ou chaque quinzaine avec l'exécutif du pôle qu'il suit.

C'est une source d'enrichissement supplémentaire pour ce directeur car il est amené à mobiliser davantage de connaissances, d'agilité intellectuelle et de polyvalence pour la résolution des problématiques qui se posent dans d'autres domaines que son domaine de prédilection. Il est mieux préparé, chemin faisant, à tout type de changement de poste.

Pour toutes ces raisons, on peut préconiser l'écriture d'une véritable définition de mission du directeur référent d'un pôle, rôle d'interface que nous serons certainement tous amenés à jouer à l'avenir.

Etablir un planning de réunions sur les délégations de gestion et renforcer la communication :

Par exemple, une réunion mensuelle entre la DRH et l'exécutif de pôle sur l'ensemble des sujets RH, pour permettre une remontée des informations et l'homogénéité des pratiques. Le pôle biologie, par exemple, a sollicité cette revue mensuelle des dossiers. Cette réunion mensuelle, d'une durée d'une heure, permet de consolider les connaissances en ressources humaines du cadre paramédical et du cadre administratif et permet une remontée d'information du pôle vers la DRH. Elle pourrait certainement être étendue aux autres pôles.

La DRH pourrait organiser une réunion thématique mensuelle ou veiller à la bonne exploitation du catalogue de formation de l'AP-HP pour formaliser des accompagnements personnalisés à l'acquisition des règles et des techniques relatives au contenu de la délégation : réglementation, statut, développement des compétences.

Susciter, par un séminaire semestriel ou annuel réunissant les exécutifs de pôle et l'équipe de direction, un partage d'expérience et un échange sur les difficultés rencontrées,

renforcerait la capacité à utiliser pleinement les responsabilités et les moyens délégués ainsi que la motivation à s'y impliquer.

La mise en place sur l'intranet d'un tableau de bord mensuel des indicateurs et des consommations des enveloppes déléguées de tous les pôles est demandée par certains, soucieux d'être informés précisément et de se comparer avec les autres pôles. Ceci renforcerait la visibilité et la connaissance de l'utilisation des moyens délégués.

3.3. Des préconisations d'extensions des délégations devraient se concrétiser à court terme afin de tirer parti de la dynamique constatée :

- L'extension de la délégation à certains types de personnels :

Une réflexion doit être lancée sur la délégation de la gestion aux pôles des assistantes sociales, des psychologues et des diététiciennes qui sont aujourd'hui gérées par des directions fonctionnelles alors qu'elles travaillent au service d'un pôle.

- La mise en place de délégations pour les secteurs hors pôles :

Il s'agit des services administratifs. Leur tableau des emplois, leur plan de formation restent gérés par le directeur concerné ; des objectifs, des enveloppes particulières pourraient très bien être négociés annuellement avec le Directeur.

Les moyens de remplacement :

La réflexion est engagée à la DSI sur la répartition de l'équipe de suppléance entre les pôles ; il a été décidé en année 1 de ne pas déléguer la gestion de cette équipe dont le suivi, en termes de planning et de formations est particulier. Elle pourrait l'être si tous les cadres paramédicaux sont d'accord, à partir de 2008.

La question n'est donc pas tranchée : certes, chaque pôle pourrait gérer six personnes de plus (sur des totaux allant de 250 à plus de 300) à moyens constants mais l'équipe de suppléance ainsi répartie dans les pôles risque d'être banalisée et d'être considérée à moyen terme comme une ressource « normale ». L'intégration de l'équipe de suppléance dans les pôles et la diminution des moyens de recours externes devraient obliger à un effort supplémentaire d'organisation : rappeler un agent, en déplacer un autre, voire faire appel à un autre pôle

En revanche, il s'agit d'une délégation pour laquelle un bénéfice financier serait visible et immédiat pour le compte de résultat de l'hôpital puisque pour l'instant deux personnes à

temps complet gèrent cette équipe de suppléance à la Direction des soins et essuient, selon leurs dires, de nombreuses critiques.

L'enveloppe et la gestion de l'intérim pourraient également être déléguées aux pôles à condition de bien organiser la facturation avec les cadres administratifs de pôle. Aujourd'hui, cette facturation occupe une personne à temps complet à la DSI.

La préparation des « rapports » préalables à l'ouverture d'un dossier disciplinaire :

La DRH constate que les compétences sont aujourd'hui inégales en termes de gestion de l'indiscipline et rendent parfois difficile la prise d'une sanction pourtant justifiée : pas d'écrit, pas de mise en garde. Un travail de pédagogie pourrait tout à fait être conduit avec les pôles sur les aspects réglementaires de l'action disciplinaire et sur la préparation des dossiers. Ce travail présenterait un autre avantage : celui d'éviter des divergences dans l'appréciations des faits et les suites à y donner ; faute d'éléments tangibles réunis par écrit, il arrive que la DRH soit en peine pour préparer une décision de sanction qui apparaît comme légitime et justifiée par le pôle.

La formalisation d'un plan de développement des compétences :

Ce plan constituerait en partie une synthèse et un prolongement d'autres actions : identification des besoins en compétences, en lien avec les fiches de poste, le projet de pôle, les parcours mis en place dans certains pôles et formaliserait les situations « formatives » qui existent aujourd'hui sans être généralisées : tutorats, analyses des pratiques, élaboration de guides de bonnes pratiques. C'est à la DRH qu'il reviendrait de donner l'impulsion, de piloter et d'organiser cette gestion approfondie des compétences pour permettre aux pôles de disposer des savoirs et des capacités nécessaires à la réalisation de leurs projets et de leurs objectifs d'activité. La DRH doit apprendre aux pôles à bâtir et à mettre en œuvre un tel plan, en fournissant, comme pour les autres délégations, un soutien aux équipes, des informations sur les métiers et sur les outils disponibles, un accompagnement dans les choix professionnels.

L'arrivée du NSI-RH favorisera la mise en mouvement d'un plan de développement des compétences grâce à la mise en ligne de grilles d'autoévaluation pour les salariés et d'un certain nombre d'autres outils.

CONCLUSION

La mise en place des délégations de gestion dans le domaine des ressources humaines modifie en partie la nature des missions du DRH. Cette évolution se fait en deux étapes : il faut dans un premier temps conduire cette mise en place et contrôler ses résultats, ce qui requiert des compétences managériales précises en termes de diagnostic, de communication, d'entraînement, de transmission des savoirs, d'évaluation. Il faut dans un second temps s'adapter à des missions différentes, marquées par un certain « abandon » du quotidien au profit de missions plus stratégiques et d'anticipation dont les contours, compte tenu du caractère récent de la réforme ne sont pas encore identifiés précisément.

Il faut souligner les particularités du terrain d'étude : un bon climat social a favorisé l'acceptation des changements, la présence de cadres paramédicaux très impliqués, dotés d'un sens élevé de l'intérêt général, fiers d'avancer et réactifs a facilité la mise en œuvre des délégations. Cet état d'esprit se révèle très important dans un contexte où l'absence de résultats ne serait pas directement sanctionnable. En parallèle, l' AP-HP a guidé les actions. Il semble donc difficile d'extrapoler à d'autres établissements la même méthode en étant sûr d'obtenir le même aboutissement. Des éléments de méthode paraissent pourtant indispensables : la communication, la transparence, le travail en équipe, la recherche de consensus, le choix judicieux des cadres paramédicaux de pôle sont des facteurs de succès.

Quoi qu'il en soit, les changements n'ont rencontré aucune hostilité ni même opposition de quelque nature que ce soit. Traitant non seulement du quotidien et d'actes de gestion courants mais exigeant aussi une projection dans le long terme avec une mise en place des restructurations qu'il demande, cette réforme, en redistribuant les rôles et des marges de manoeuvre, s'impose plus facilement que d'autres dans un contexte où le pouvoir des médecins chefs de service n'a pas encore été contrarié dans leur unité par des décisions du médecin responsable de pôle.

La mise en place des délégations, afin – et sous prétexte, presque - de partir sur des bases saines, a permis une « remise à plat » des effectifs par pôle, des fiches de poste, des outils de suivi et de gestion des ressources humaines et un rappel des règles.

Si le caractère récent de la réforme entraîne un manque de recul pour dresser un véritable bilan, à l'hôpital Robert Debré, le changement est d'ores et déjà ressenti comme irréversible et positif.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux et articles :

ALTER N., 1996, *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*, Paris : Presses Universitaires de France. 229 pages.

BEAUBEAU D. PEREIRA C., 07-09/2004, « Mesure de la performance dans le domaine de la santé ». *Dossiers solidarité et santé*.

FAURE A. Janvier 2006, "Nouvelle gouvernance, inquiétude et espoirs des futurs acteurs". *Gestion hospitalière*.

Haute Autorité de Santé, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, janvier 2005, « guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé » page 7.

KHABAZ T., LAGARDE C., 2003, *Manager, où sont tes repères ?* Paris : Editions d' Organisation, 247 pages.

MINTZBERG H., 1986, *Le pouvoir dans les organisations*, Paris : Editions d'organisation, 679 pages.

THIBAUT G. « Une formation managériale pour renforcer l'efficacité du trinôme », in Hospimedia, 25/06/2007, www.hospimedia.fr.

WEBER M., 1995, *Le savant et le politique*, Paris : Plon, 10/18, 186 pages.

Textes législatifs et réglementaires :

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé, prise en application de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit.

Décret 97-6347 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé.

Circulaire DH/AF/AF 3 n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé.

Circulaire DHOS/E1 n°200461 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Autre texte :

DHOS, « Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière », janvier 2007.

Comptes-rendus de réunions :

Je mentionne quelques unes des réunions ayant eu lieu à l'hôpital Robert Debré entre la DRH, la DSI et les cadres de santé pour lesquelles un compte rendu a été diffusé.

- Réunions du 6 janvier, 2 février, 27 avril, 11 mai, 18 mai 2006 du groupe de travail DRH – DSSI sur les procédures de gestion des ressources humaines dans le cadre des pôles.
- Réunion du 11 mai 2006 du groupe de travail sur la déconcentration de la procédure d'évaluation.
- Réunion du 15 novembre 2006 portant sur la répartition des crédits d'intérim, de remplacements, les heures supplémentaires et le fonctionnement de la cellule de recrutement.
- En dehors de l'hôpital Robert Debré, réunion plénière à l'AP-HP : DDRH/DPRS/DRH le 3 octobre 2006, faisant le point sur les délégations de gestion et leur impact sur les directions fonctionnelles.

ANNEXES :

1 : grille d'entretien type

2 : note validée en CEL du 22 mai 2007 de l'hôpital Robert Debré sur la mise en place des délégations

3 : exercice sur la construction des outils du reporting : cas pratique utilisé par J - Fr. Itty, DRH de l'hôpital Bichat, pour la formation des cadres paramédicaux dans le cadre de ses interventions en tant que formateur à l'institut Comundi.

4 : guide de la délégation de l'AP-HP, septembre 2005 : fiches sur la délégation dans le domaine de la formation et sur le recrutement du personnel non médical du pôle.

Annexe 1 : grille d'entretien

Ce questionnaire a été adapté selon les interlocuteurs et le temps qu'ils pouvaient m'accorder, j'en présente ici une version de base.

L'organisation de la délégation de gestion des RH dans un établissement de l'AP-HP dans le cadre de la nouvelle gouvernance

Définition : la délégation de gestion consiste à donner au responsable de pôle des marges de manœuvre dans les actes de gestion courante en lui déléguant la capacité de décider dans des domaines relevant de l'autorité du directeur de l'hôpital. Dans le champ des ressources humaines, il peut s'agir du recrutement, de la formation, de l'évaluation, de l'organisation...

Contexte et constats de départ :

La nouvelle gouvernance prévoit la mise en place des pôles avec un exécutif de pôle .Il en résulte nécessairement des modifications par rapport au management actuel à l'hôpital: délégation et / ou déconcentration des décisions, déconcentration de certaines enveloppes, rôle du cadre paramédical et du administratif de pôle, développement d'un contrôle a posteriori pour les directeurs et les directeurs - adjoints.

Si la circulaire sur la nouvelle gouvernance de juillet 2006 met en place une distribution précise des rôles et des responsabilités, dans la pratique, les mécanismes de management à mettre en place au sein des pôles et entre les pôles et l'équipe de direction doivent être analysés précisément dans leur traduction pratique.

1. Analyse du champ de la délégation RH

Quels enjeux et objectifs de départ ?

Comment a-t-il défini le champ des délégations ?

Qu'est-ce que ça change pour le directeur ?

Et pour le DRH ?

Quelles structures et instances ?

Identifier ce qui est maintenant délégué aux pôles dans le domaine RH ?

Pouvez- vous définir les contours de la délégation nouvelle ? Par rapport à ce qui n'avait jamais été délégué avant la mise en place des pôles

Comment le partage s'est effectué entre la DRH et les pôles et quels acteurs des pôles sont impliqués ?

(Faire préciser ce qui soit n'était pas délégué du tout par la DRH, soit l'était aux services).

Délègue-t-on du management des RH (actions disciplinaires, relations sociales, gestion de la masse salariale, tableau des emplois) ou seulement des tâches de gestion identifiées ?

D'après les textes, le cadre paramédical manage les RH, le cadre administratif pilote et suit différentes enveloppes (moyens de remplacement, formation, tableau de l'emploi). Dans la réalité, comment travaillent-ils ensemble ?

L'ensemble du personnel du pôle sait-il bien que la gestion des RH a changé ? A-t-il perçu un changement qualitatif ? Lequel, plus de proximité, d'expertise ?...

Contractualisation et gestion déconcentrée ou ont-elles fait naître de la démocratie interne au pôle et une meilleure compréhension des logiques de chaque acteur (par les discussions en réunion de pôle entre médecins, gestionnaires, CS...)

Les médecins se sentent-ils impliqués dans la gestion des RH et si oui, plus qu'avant et quels médecins ? Le responsable de pôle, les autres ?

Quelles sont les modalités de la délégation ?

La gestion du personnel médical est-elle impactée ?

Les contrats de délégation sont-ils opérationnels ? La partie " délégation de gestion RH" existe-elle dans les contrats de pôle ?

par qui est-elle connue ?

Le SI a-t-il été modifié et comment ?

Le médecin coordonnateur et les cadres du pôle ont-ils été formés et accompagnés pour les délégations nouvelles ? (Formations en 2 parties, sur le management et sur le thème "délégation, contrat et outil de gestion")

L'appartenance à l'AP-HP entraîne quelles spécificités ?

2. Eléments de bilan

Les limites de la délégation RH ?

Evaluation des délégations de gestion : indicateurs et outils de contrôle mis en place

Finalement, est-ce que ça représente un grand changement dans la gestion des RH à l'hôpital ? Qu'est-ce que ça change pour vous et selon vous ?

Ce qui fonctionne bien et pourquoi

Ce qui ne fonctionne pas bien et pourquoi ?

Les difficultés

Existe-il une culture, un esprit de pôle dans la gestion des RH ? Exemples

Quelle est la valeur ajoutée de la nouvelle organisation de la gestion des RH?

Les ressources humaines sont-elles mieux utilisées ?

Quels sont les bénéfices pour le pôle ?

Quel lien peut-on faire avec la T2A ? Puisqu'un compte d'exploitation par pôle doit être établi.

3. **perspectives et solutions aux difficultés**

Quels sont les savoir être et savoir faire à développer ?

Comment améliorer la délégation de gestion ?

Etablir des variantes des questionnaires pour :

Médecin coordonnateur de pôle

Cadre paramédical

Cadre administratif de pôle

Directeur

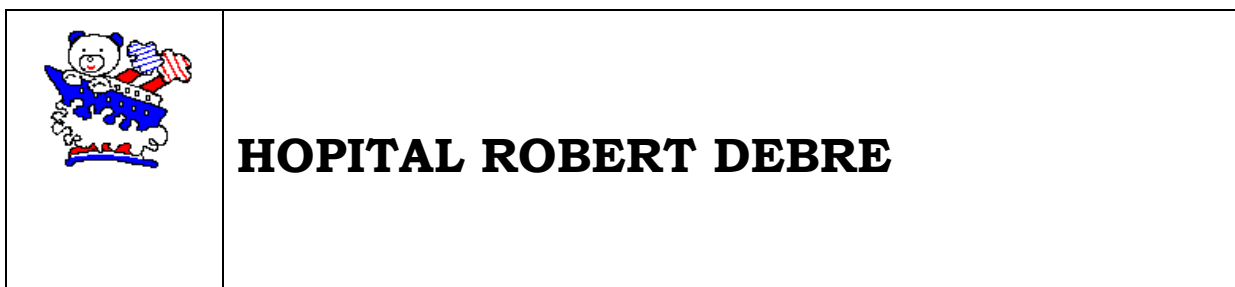
DRH

Directeur référent de pôle

Cadres et DRH de Tenon et de Bichat

Chargé de mission au siège

- Annexe 2 : note validée en CEL du 22 mai 2007 de l'hôpital Robert Debré sur la mise en place des délégations :



MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES PRINCIPES DE

DELEGATION DE GESTION AUX POLES

Rappel de champ de la délégation

Le champ de la délégation de gestion à mettre en œuvre à l'issue du premier trimestre 2007 couvre:

- En matière de gestion des ressources humaines :
 - Le recrutement du PNM
 - La gestion des remplacements
 - La gestion des crédits de formation continue
 - La gestion des demi-journées

- En matière d'investissements :
 - La gestion du plan d'équipement informatique
 - La gestion du plan d'équipement biomédical et hôtelier

Les principes mis en oeuvre

1. Gestion des ressources humaines

Principe :

Donner au pôle une autonomie en matière de recrutement sur la base du tableau des emplois arrêté par pôle, du nombre de mensualités de personnel permanent correspondant, ainsi que du nombre de mensualités de remplacement déléguées en début d'exercice à chaque pôle.

1.1 Recrutement du PNM

Modalités :

- Un référent recrutement est désigné parmi les cadres du pôle
- Les entretiens de recrutement ont lieu au sein des services intéressés
- Les bons de recrutement sont directement adressés à la DRH
- La gestion administrative des personnels est organisée sur une logique pôles, avec un binôme d'interlocuteurs à la DRH

Evaluation :

Le contrôle est effectué à posteriori par un suivi des moyens consommés en liaison avec les cadres administratifs de pôle.

1.2 Gestion des remplacements

Modalités :

Mensualités de remplacement

- Un volume de mensualités de remplacement est notifié aux pôles sur la base d'une clé de répartition
- Le principe de mutualisation des contraintes entre les pôles est mis en oeuvre

Intérim

- La gestion de la commande d'intérim reste centralisée à la DSSI
- Les moyens à répartir sont calculés sur la base d'une enveloppe financière dont la clé de répartition est alignée sur celle arrêtée pour les mensualités de remplacement

Evaluation :

Le contrôle est effectué à posteriori par un suivi des moyens consommés en liaison avec les cadres administratifs de pôle.

1.3 Formation continue

Modalités :

- Une enveloppe est attribuée à chaque pôle
- Le plan de formation est établi par les pôles dans le cadre de cette enveloppe
- La logistique administrative est assurée par le service de la formation continue

Evaluation :

Un bilan quadrimestriel des moyens consommés est réalisé.

2. Gestion des investissements

Principe :

Donner au pôle une autonomie en matière de gestion de ses investissements en garantissant la maîtrise de la vétusté du parc et l'amélioration des conditions de travail du personnel et d'accueil des patients et de leur famille.

2.1 Plan d'équipement informatique

- Une enveloppe d'extension de parc bureautique est déléguée à chaque pôle (correspondant à 4% d'extension du parc installé)
- Une enveloppe de renouvellement est définie par pôle en fonction de la vétusté du parc
- Le pôle décide librement des équipements à acquérir dans le cadre de l'extension
- Le pôle décide des équipements à renouveler au sein d'une liste proposée par la direction informatique de manière à maîtriser la vétusté du parc.

Evaluation :

Le suivi de l'exécution du plan est effectué par la direction informatique en lien avec les cadres administratifs.

(Voir annexe 1)

2.2 Plan d'équipement biomédical et hôtelier

- Le pôle arbitre les demandes d'équipements médicaux sur la base d'une enveloppe définie à partir du taux de vétusté de chaque pôle, du montant du parc installé et du plan stratégique.
- Le pôle veille au maintien ou à la réduction de son taux de vétusté lors de l'arbitrage.
- L'arbitrage des demandes stratégiques a lieu, le cas échéant, en conseil exécutif.
- Une enveloppe hôtelière est déléguée à chaque pôle.
- Le pôle décide librement des choix d'affectation de l'enveloppe hôtelière en respectant les principes de maîtrise de la vétusté, d'amélioration des conditions de travail et d'accueil des patients. Il transmet au gestionnaire référent du bureau de l'équipement ses demandes.

Evaluation :

Le suivi de l'exécution du plan est effectué par la direction des investissements en lien avec les cadres administratifs.

Annexe 3 : exercice sur la construction des outils du reporting :

Cas pratique de suivi et de prévisions des effectifs utilisé par J-Fr. Itty, DRH de l'hôpital Bichat, pour la formation des cadres paramédicaux.

1/ Le suivi mensuel

Il s'agit de vérifier le niveau de compensation des effets cumulés des postes vacants et de l'absentéisme pour raisons médicales :

Emplois - (vacances + absences) + remplacement = présentéisme réel

Le tableau peut être enrichi de données sur les repos différés (CET, compensateurs) qui représentent un surprésentéisme et une dette différée (en temps ou en rémunération)

Le CET est une donnée comptable sur laquelle il convient de contractualiser avec les pôles

	1	2	3	4	5	
Pôle 1	Emplois autorisés	Effectifs rémunérés	Vacances	Absences médicales	Remplacement	Solde effectifs
01-juil			2 - 1			5 + (3 - 4)
PA						
PSE						
dont IDE	485	469	-16	49	23	-42
PMT						
PTO						

Pour obtenir une situation consolidée des moyens de remplacement, il convient de transformer toutes les missions en journées de 7 h (220 jours utiles)

Il est fondamental de transformer toutes les missions en équivalent 7h pour pouvoir les agréger

	1	2	3	4	(1+2+3) / 110
01-juil	heures sup	intérim	pool	prêt	ETP rempl
Pôle 1	57	93	443	15	5,39
Pôle 2					
Pôle 3					
Pôle 4					
Total					23

2/ le suivi des consommations non linéaires :

On peut choisir de les suivre en € (fiabilité, facilité d'exploitation de la comptabilité) ou en volume (possibilité d'agréger les valeurs)

Les valeurs de départ sont celles des budgets déconcentrés au pôles : le niveau d'autorisation annuelle ;

Il convient ensuite de les saisonnaliser en suivant l'évolution de leurs consommations n-1

A savoir mois m de n = le pourcentage de m de n-1 rapporté à la consommation annuelle de n-1

01-juin	CDD mensualités			intérim k€			heures sup k€		
	autorisé	saisonnal	consom	autorisé	saisonnal	consom	autorisé	saisonnal	consom
Pôle 1									
Pôle 2	95	32	35	140	58	63	112	46	43
Pôle 3									
Pôle 4									
Pôle 5									

01-juin	CDD mensualités			intérim mensualités			heures sup mensualités		
	autorisé	saisonnal	consom	autorisé	saisonnal	consom	autorisé	saisonnal	consom
Pôle 1									
Pôle 2	95	32	35	28	12	13	58	24	22
Pôle 3									

3/ La détermination des moyens autorisés pour chacun des pôles

A partir des anticipations du TPER (effectifs rémunérés par pôles) et d'un prévisionnel d'absentéisme (taux n-1) on peut tirer une anticipation des besoins de compensation pour chacun des pôles.

IDE	TPER	vacances	absentéisme	Solde	Besoins
Pôle 1	97	3	10,1	13,1	21%
Pôle 2	136	5	14,1	19,1	30%
Pôle 3	79	2	8,2	10,2	16%
Pôle 4	116	1	12,1	13,1	21%
Pôle 5	43	3	4,5	7,5	12%
Total	471	14	49,0	63,0	100%

Avec emplois autorisés d'IDE : $485 - 471 = 14$ vacances

Chaque pôle sera crédité d'un droit de tirage des moyens de remplacement proportionnel à son besoin de compensation

Cas pratique :

Répartir les moyens de remplacement suivants :

- 350 k€ d'intérim
- 250 k€ d'heures supplémentaires
- 1,1 M€ de CDD
- 16 ETP de pool de suppléance

Sur le pôle 1 = 21 % des besoins

Quelle sera la compensation au présentisme avec ces tarifs horaires:

- intérim : 45 € pour 365 jours utiles contre 200
- heures sup : 15 €
- CDD : 23 €

NB :

Intérim : tarif nets de RH, congés, maladie

Heures sup : 1 / 1800 hors charges sauf TS

CDD : rémunération début de carrière TTC

Annexe 4 : Guide de la délégation de l'AP-HP, septembre 2005 : fiches sur la délégation dans le domaine de la formation et sur le recrutement du personnel non médical du pôle :

Le principe

Le pôle établit le plan de formation et de développement des compétences spécifique au pôle, dans le cadre d'une enveloppe déléguée.

Le pôle met en œuvre en lien avec la direction les actions de formation spécifiques au pôle

Le pôle veille à la participation de ses personnels aux actions inscrites au plan de formation

Le domaine d'application

Les catégories concernées sont l'ensemble des personnels des pôles

N.B. : Les personnels médicaux peuvent être concernés pour certaines formations d'équipes liées à l'activité du pôle.

Les types de formation concernés :

Les formations relevant du plan de formation (AP-HP et hôpital) à l'exception :

- des promotions professionnelles qui nécessitent un circuit particulier avec un avis du pôle, de la direction et une décision de la DPRS qui gère l'enveloppe dédiée aux promotions professionnelles
- des formations des contrats aidés
- des formations entrant dans le cadre des protocoles handicap et inaptitude

Les principaux textes et documents de référence

- Décret du 5 avril 1990
- Circulaire DHOS du 19 mars 2001
- Orientations annuelles de développement des compétences

→ Ces documents figurent sur le site intranet : <http://delform.ap-hop-paris.fr>

→ rubrique professionnels de la formation / Le cadre juridique de la formation / formation continue

Les différentes étapes

Point de départ : Définition du calendrier par la direction de l'hôpital

Etape 1 – Définition de la politique de développement des compétences

- La direction envoie au pôle une lettre de cadrage pour lui communiquer les orientations générales et actions prioritaires de l'hôpital en matière de formation et de développement des compétences, c'est –à- dire les formations réglementaires transversales et les priorités institutionnelles de l'hôpital.

- Le domaine de délégation et les critères de répartition de l'enveloppe déléguée peuvent être communiqués avec cette lettre de cadrage

Etape 2 – définition des types de formations qui sont déléguées au pôle

- La direction définit les types de formations déléguées au pôle, correspondant au minimum aux congrès, journées professionnelles et formations propres aux pôles. On peut distinguer plusieurs catégories de formation :

1 – Les actions réglementaires (ex : sécurité incendie, sécurité transfusionnelle...) relèvent de la direction puisqu'elles sont obligatoires pour le personnel

2 – Les actions transversales :

- Certaines correspondent à des priorités institutionnelles de l'établissement (ex : pratiques managériales, qualité, gestion des risques, système d'information...) et relèvent de la direction

- D'autres à des actions inter pôles qui peuvent relever de la direction ou du pôle selon l'optique que l'établissement retient.

3 – Les actions compétences/métiers ou liées au projet de pôle qui correspondent à toutes les actions de formation s'inscrivant dans l'activité clinique et/ou correspondant à des pratiques professionnelles du pôle et qui relèvent donc essentiellement du pôle. Toute fois certaines formations visant à développer des compétences métiers peuvent relever de la direction quand elles sont liées à une politique d'établissement (ex : politique de soins).

→ Une fois décidé le champ de délégation, les pôles en sont informés

Etape 3 : L'analyse des besoins

- La direction transmet au pôle une grille de recueil des besoins qui la transmet aux structures internes qui lui sont rattachées.
- Les structures internes rattachées au pôle expriment :
 - les besoins collectifs
 - les projets individuels issus des entretiens annuels d'évaluation
- Le pôle priorise les propositions des structures internes en fonction des priorités institutionnelles, de son projet de pôle et des projets professionnels des personnels
- Le pôle informe les structures internes de la priorisation et transmet à la direction de l'hôpital un projet de plan estimé en nombre de jours formation et en budget. Ce chiffrage est fait en lien avec la direction.

Etape 4 : La répartition de l'enveloppe déléguée

- La direction répartit entre les pôles le montant de l'enveloppe déléguée aux pôles en fonction d'une clef de répartition qui est communiquée aux pôles.

Deux solutions sont le plus souvent retenues :

- 1 - Une clef de répartition correspondant au nombre de personnel travaillant au sein du pôle. Cette solution a l'avantage de la clarté et de la neutralité. En revanche, elle ne permet pas de faire une différenciation entre les pôles en fonction des besoins spécifiques des personnels ou de la qualité des projets
 - 2 Une clef de répartition fondée sur la qualité des projets de formation du pôle. Cette solution a l'avantage de tenir compte des besoins et projet du pôle. En revanche elle a l'inconvénient d'introduire un jugement d'opportunité de la direction sur une partie de l'enveloppe qui doit justement être utilisée librement par le pôle
- La direction communique au pôle les critères de répartition et le montant de l'enveloppe déléguée

- La direction peut considérer qu'il est utile de réserver une partie de ce montant pour financer un ou quelques projets de formation de pôle particulièrement intéressants au regard du projet de pôle, mais dont le coût est trop important pour être financé uniquement par l'enveloppe déléguée.

Etape 5: La définition du plan de formation

- Le plan de formation du pôle inclut :

- les actions de formation centralisées qui sont décidées et financées par la direction
- les actions de formations déléguées aux pôles qui sont décidées par le pôle dans le cadre de son enveloppe déléguée. Pour cette partie, la direction n'effectue pas de contrôle d'opportunité, mais effectue un contrôle sur :
 - la régularité des procédures,
 - le respect du montant de l'enveloppe déléguée
 - la cohérence entre le recours à des intervenants ou organismes de formations extérieurs d'une part et les possibilités des intervenants et centres de formation AP-HP d'autre part.

- La direction analyse, selon la nature des projets, ce qui relève dans la proposition du pôle de chaque pôle (enveloppe déléguée) et ce qui relève de l'établissement

- Le pôle négocie avec la direction la répartition des actions de formation par type de formateur (intervenants ou centre de formation AP-HP, intervenants ou organismes de formation extérieurs), cohérente avec l'enveloppe budgétaire

- Le pôle définit et informe la direction des actions de formation et de développement des compétences qu'il organise en son sein, avec ses ressources propres. Cette partie est totalement déléguée au pôle, l'information à la direction a pour objet de permettre d'inscrire ces initiatives dans le plan de formation de l'établissement.

- La direction informe les pôles des actions de formations retenues, de leur coût prévisionnel et des arguments de choix. Le pôle en informe les structures internes

- Pour certaines actions de formation, il peut y avoir une approche pluriannuelle négociée entre la direction et le pôle pour la réalisation des actions de formation et la répartition des crédits sur différents exercices, notamment dans le cadre du contrat de pôle

- La direction établit le plan de formation de l'établissement incluant l'ensemble des actions de formation

- La direction communique pour avis le plan de formation de l'hôpital aux instances.

Etape 6: Le déclenchement des actions de formation

- Les actions de formations peuvent être de plusieurs types :

- Les formations organisées par le pôle avec ses propres ressources
- Les formations organisées par les centres et écoles de l'AP-HP : le coût de la prestation de formation est financé sur le budget commun de l'AP-HP et non de chaque établissement
- Les formations extérieures qui sont financées par l'établissement :
 - s'il existe déjà un marché, le pôle ne peut faire appel à un autre prestataire que celui retenu au marché.
 - s'il n'y a pas de marché : le pôle participe à l'élaboration du cahier des charges et à la sélection des prestataires externes, la direction élabore le marché et tient le pôle au courant des différentes étapes

→ la direction assure l'interface avec les intervenants et centres de formation AP-HP, organismes et intervenants extérieurs pour tout ce qui concerne la gestion administrative des actions de formation

- La direction déclenche, en liaison avec le pôle les actions de formation qui relèvent de priorités de l'hôpital

- Le pôle déclenche, en liaison avec les structures médicales qui lui sont rattachées, les actions de formations qui relèvent des projets spécifiques du pôle et en informe la direction de l'hôpital

- La direction transmet au pôle les modalités d'inscription aux actions de formation

- La structure interne au pôle donne son avis sur les dates des actions de formation qui les concerne. Le pôle contrôle la cohérence des dates de formation avec la disponibilité de

personnel.

- Le pôle demande à la direction l'inscription aux formations.
- le pôle est garant de la participation des personnels aux formations inscrites dans le plan de formation et en particulier aux formations réglementaires

- Le pôle et la direction s'informent mutuellement des actions de formations prévues et réalisées. Ainsi le pôle transmet à la direction les attestations de formation pour toutes les actions que le service formation n'organise pas directement

- Pour la facturation des prestations externes, le service formation prépare les dossiers de liquidation (validés par la signature du DRH) pour les services économiques. La réalisation de ce document préparatoire pourrait être transféré aux pôles pour les formations relevant de leur enveloppe mais ils doivent dans ce cas envoyer copie de l'attestation de présence pour inscription dans le système d'information et le dossier administratif

Étape 7: L'évaluation des actions de formation

- La structure interne évalue les actions de formations liées à l'activité du pôle:
 - la qualité de la formation
 - le réinvestissement de la formation dans le milieu professionnel

- Elle transmet ses évaluations au pôle qui les communique à la direction

- Le pôle contrôle le respect du cahier des charges par le prestataire.

- Le pôle, en lien avec la direction valorise le nombre d'heures de travail total consacré à la formation

Fiche sur le recrutement	Actions	Objectifs	Qu'est-ce que ça change ?
PNM g	Recruter le personnel non médical du pôle	Permettre au pôle de choisir les personnels non médicaux appelés à exercer en son sein	<p>Le pôle se substitue aux services pour choisir parmi les candidats proposés.</p> <p>Dans le cadre de sa politique de recrutement (définition des besoins de recrutement, entretien d'un vivier de candidatures,...), la direction fournit un appui au pôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour la confection des fiches de poste, - pour l'orientation des candidats vers le pôle, après vérification de la recevabilité de leur dossier.