



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur de Soins

Promotion 2002

**L'utilité des tableaux de bord pour la
gestion des ressources humaines :
outils de pilotage
de la Direction des Soins**

LEMASÇON Pascale

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - CADRE THÉORIQUE	5
1.1 La gestion des ressources humaines	5
1.1.1 Un système complexe.....	5
1.1.2 La gestion des ressources humaines : ce qu'elle recouvre.	7
1.2 La direction des soins	9
1.2.1 Les ressources humaines.....	10
1.2.2 L'efficacité de la gestion.....	12
1.2.3 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	13
1.3 La direction des ressources humaines.....	14
1.4 La complémentarité DRH/DS.....	16
1.5 Les outils de contrôle de gestion et d'aide à la décision	17
2 - INVESTIGATIONS	19
2.1 Analyse des questionnaires Direction des soins	20
2.1.1 La Coopération DRH / DSSI.....	20
2.1.2 Outils d'aide à la décision, niveau opérationnel de la DSSI.....	27
2.2 entretiens des directeurs des ressources humaines.....	32
2.2.1 La coopération DS / DRH	32
2.2.2 Outils d'aide à la décision des DS.....	34
2.3 Synthèse des investigations	34
2.3.1 Politique GRH partagée	34
2.3.2 Les outils d'aide à la décision	35
3 - TRANSPOSITION DANS LE FUTUR POSTE	36
3.1 Le partage de la GRH avec la DRH	37
3.1.2 Définition du partage de la GRH entre les DRH et DS	38
3.1.3 Déclinaison de la GRH au sein de la DS.....	39
3.2 Une proposition d'outils de travail	39
3.2.1 Les documents partagés par la DRH et la DS	40
3.2.2 Les tableaux de bords utiles à la gestion prévisionnelle.....	46
3.2.3 Tableaux de bord utiles au suivi de l'activité	50
3.2.4 Tableaux de bord facilitant une gestion globale	56
3.3 Une stratégie de mise en place	62
3.3.1 Validation des outils par le (ou la) directeur des ressources humaines	62

3.3.2	Partenariat avec le service informatique	62
3.3.3	Centralisation, décentralisation et formation	62
3.3.4	Evaluation et évolution.....	63
CONCLUSION		64

Annexes :non publiées

- 1. Questionnaire à l'attention des directeurs de soins**
- 2. Support d'entretien des directeurs des ressources humaines**
- 3. Tableaux de bord reçus avec le questionnaire**

Liste des sigles utilisés

DRH : Direction des Ressources Humaines

DSSI : Direction du Service de Soins Infirmiers

DS : Directeur des Soins

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences

GRH : Gestion des Ressources Humaines

IG : Infirmier Général

UF : Unité Fonctionnelle

RH : Ressources Humaines

INTRODUCTION

Les évolutions de la législation portant sur notre profession et notre temps de travail, le contexte de pénurie d'infirmiers (ères) sur le marché de l'emploi, et les sollicitations de notre employeur concernant des décisions à prendre au sujet des ressources humaines nous ont amené une interrogation.

Comment être efficace et pertinent dans la gestion des emplois et des compétences de notre domaine pour assurer la meilleure adéquation possible entre les besoins des patients et les ressources humaines disponibles ?

La loi du 31 juillet 1991 portant Réforme hospitalière a défini le principe fondamental de l'évaluation et l'analyse de l'activité des établissements de santé.

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, dans son rapport au Président de la République stipule : "l'amélioration de la qualité des soins et la maîtrise des dépenses sont l'affaire des professionnels de santé...Quant à la maîtrise des dépenses, elle passe par l'usage d'instruments tendant vers le "juste soin". Ces instruments de maîtrise médicalisée...et une meilleure organisation des soins permettront en effet de concilier la qualité des soins et le respect des contraintes financières."...

En ce qui concerne l'objet de notre étude, l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée indique la création de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, qui parmi ses missions, est chargée de "proposer toute mesure contribuant au développement de l'évaluation, notamment en ce qui concerne la formation des professionnels de santé"...

Dans ce cadre, le manuel d'accréditation de santé de février 1999 reprend dans le chapitre 4, II, "le management de l'établissement et des secteurs d'activités", un volet sur la gestion des ressources humaines et notamment la référence 4 : "la gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement".

Or, un des préalables à la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, est de connaître précisément les ressources humaines disponibles et, donc de mettre en place des systèmes d'information.

C'est dans ce cadre, que la Direction du service de soins infirmiers, s'inscrit. Une des missions définie dans le Décret N° 94-904 du 18/10/1994, modifiant le Décret N° 89-758 du 18/10/1989 portant statut des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière est de

participer à la gestion des personnels infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers dont il propose l'affectation... Ils rendent compte du fonctionnement du service infirmier dans un rapport annuel d'activité remis au chef d'établissement.

Le Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière reprend la même terminologie que l'ancien décret abrogé : « **participe** à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation... remet au directeur un rapport annuel d'activités des services de soins... ».

De plus, son champ de responsabilité s'étend, il gère les activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Membre de l'équipe de direction, il dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.

Les questions que nous nous posons, se placent au niveau opérationnel :

- qu'entendons nous par efficacité et pertinence dans la gestion des emplois et des compétences de notre domaine de responsabilité ?
- comment se décline le partage de la gestion des ressources humaines entre la DRH et la DSSI ?

Danielle Vilchien¹, dans un colloque sur le thème du partage de la gestion des ressources humaines en novembre 1998 indiquait :

- La GRH suppose un langage commun et un partage des informations entre de multiples acteurs , dans le système complexe qu'est l'hôpital.
- Les procédures de contractualisation interne de délégation de gestion sont possibles.
- La gestion déconcentrée, fédératrice, nécessite un accompagnement en terme de formation et l'élaboration de tableaux de bord médico économiques permettant le suivi et le bilan des forces et faiblesses des services, qu'il s'agisse de formation continue, d'organisation, d'aménagement du temps de travail ou de GPEC.

Confronter ces interrogations à l'observation que nous avons faite auprès des deux directeurs de soins, au cours de nos stages, en matière de GRH , nous ont amené d'autres questions :

- De quelles informations avons nous besoin pour répondre aux sollicitations diverses des partenaires ?
- A partir de quels indicateurs vérifiables, pouvons nous argumenter nos réponses ?

¹ D. Vilchien Vers une gestion des Ressources humaines de plus en plus partagée, Colloque AADRHESS, novembre 1998

- Comment pouvons nous être un interlocuteur pertinent pour anticiper les évolutions de l'établissement et pouvoir y répondre par l'anticipation de l'adaptation des ressources humaines ?
- Est il défini une politique globale de GRH au niveau de l'établissement ?
- Est il défini une déclinaison de la politique GRH au niveau de la DRH ?
- Avons nous mis en œuvre ou défini la politique GRH au niveau de la DS ?
- Est elle formalisée, et sous quelle forme ?
- Avons nous participé à la définition de cette politique ?
- Comment partageons nous cette gestion avec la DRH ?
- Le partage a-t-il été négocié ? Contractualisé ? Est il connu des partenaires ?
- De quels outils avons nous besoin en GRH pour donner un avis éclairé et proposer des solutions en équipe de direction, en regard des besoins et des souhaits individuels ou de groupe ?
- Quelles sont les informations à rechercher ?
- Quels sont les indicateurs à intégrer dans les outils pour nous aider à répondre aux sollicitations ?

Placés toutes ces interrogations en resituant le contexte actuel :

- Une législation en pleine évolution, obligations statutaires et droit des usagers,
- Un contexte de restructuration, de fusion d'établissement, de groupement d'intérêt public,
- La complexité engendrée par la rapidité des changements de société,
- Une pénurie des professionnels paramédicaux sur le marché de l'emploi qui est variable d'une région à l'autre, mais qui est déficitaire en France, en Europe et même mondialement,
- Une certaine démotivation des cadres qui voient leur charge de travail augmenter avec peu de moyens supplémentaires,
- Le passage aux 35 heures avec ses incidences sur les organisations, les emplois, et les charges de travail,
- L'accréditation.

C'est à partir de toutes ces interrogations, ces observations, ces confrontations et ces paradoxes que nous avons orienté notre étude, et formulé une question :

Quels sont les préalables au développement d'une gestion efficace des ressources humaines, au sein de la DSSI ?

Notre hypothèse de travail est :

Les préalables au développement d'une gestion efficace des ressources humaines passent par :

1. Une politique GRH partagée par la DRH et la DS
2. Une GPEC à la DS
3. La construction d'outils d'aide à la décision.

Pour avancer dans notre raisonnement, nous articulerons notre étude en trois parties.

La première partie, verra, au travers d'une recherche bibliographique une définition de notre cadre théorique :

- Politique GRH, Complémentarité DRH/DS
- Gestion des ressources humaines (GRH) et Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) au sein de la direction des soins
- Outils de Gestion et de contrôle de gestion (Tableaux de bord, ou autres ...)

La seconde partie, sera consacrée à l'analyse de nos investigations :

- Analyse du questionnaire DS
- Analyse des entretiens DRH
- Synthèse des investigations (complémentarité DRH/DS), validation ou non de l'hypothèse

Enfin, la troisième partie, en fonction des résultats d'analyse, nous proposerons une transposition dans le futur poste

- Le partage de la GRH entre la DRH et la DS
- Construction d'outils dans la projection du futur poste
- L'approche d'une stratégie de mise en place.

1 - CADRE THEORIQUE

La gestion des ressources humaines a toujours été une préoccupation majeure dans notre carrière professionnelle, car la richesse première des hôpitaux est son capital humain. En effet, qui peut prendre soin de quelqu'un, mieux que son semblable ? Certes, le « prendre soin » s'est considérablement transformé au fil du temps. Les progrès de la médecine, de la technique, et de l'information ont amené le soignant à développer la professionnalisation.

Cette professionnalisation ajoutée à l'évolution de notre société a bouleversé les représentations des métiers. Rappelons brièvement que du sacerdoce des infirmières au début du 20^e siècle, nous sommes, au début du 21^e siècle face à des infirmières négociant salaires, formation continue, conditions de travail et modalités de mise en œuvre des 35 heures, dans un contexte de pénurie de candidats.

Ces évolutions des techniques et des sociétés entraînent l'augmentation des coûts confrontée aux limites de la volonté ou de la capacité financière de la collectivité. Les pouvoirs publics ont opté pour une démarche de maîtrise médicalisée des moyens alloués à la santé. C'est ainsi que nous naviguons dans les fusions, les restructurations, les groupements d'intérêts publics, les conflits ; en fait dans un système de plus en plus complexe lié à l'optimisation des moyens, l'évaluation et la mise en concurrence systématique, l'accélération de l'évolution sociale tant du point de vue des exigences des professionnels que des personnes soignées. Nous devons donc, adapter nos techniques, nos pratiques et réfléchir aux modes de gestion et de management des hommes dans ce contexte.

L'objet de notre étude se centrera sur les préalables à une gestion efficace des ressources humaines, et plus particulièrement sur les outils de contrôle de gestion et d'aide à la décision au sein de la direction des soins.

1.1 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

1.1.1 Un système complexe

L'hôpital est un système de plus en plus complexe, disait Danielle Vilchien, en 1998. Serge Vallemont, cité en note n°5, explique, en 1999, l'évolution nécessaire en matière de GRH, et notamment les transformations profondes de l'administration pressenties inévitables, et souhaitables par les fonctionnaires eux-mêmes, avec une inquiétude de leur

avenir, dans le processus de progression de notre société. Son insistance porte sur une connaissance statistique, économique et sociologique approfondie du monde des fonctionnaires, et l'impérieuse nécessité d'anticiper sur l'évolution des effectifs et des personnes.

Dans ce contexte, nous estimons nécessaire d'indiquer ce qu'est la complexité. Pour essayer de la définir, nous nous appuyons sur les écrits de Dominique Genelot² :

« Le terme complexité désigne d'abord ce qui nous échappe, ce que nous avons du mal à comprendre et à maîtriser. En cela, la complexité est distincte de la complication dont nous arrivons avec du travail et de l'expertise, à venir à bout.

La complexité a toujours existé, mais elle s'amplifie en permanence dans un mouvement continu. Cette complexification incessante, c'est le sens de l'évolution de la vie. A mesure que certains aspects de la complexité sont compris, d'autres apparaissent et se manifestent, avec leur lot d'imprévisibilité, d'incertitude, d'ingouvernabilité, mais aussi d'ouverture et de possibilités nouvelles...

Pour reprendre la formule d'Edgar Morin, c'est à une véritable « crise de l'entendement » que nous avons à faire. Tout le problème, notamment pour le responsable, est de dépasser cette confusion, et de trouver des moyens pour penser la complexité ».

« La question primordiale à se poser est celle des finalités : que veut on faire ? quel projet poursuivi ? quelles sont les raisons d'être des actions mises en œuvre ?

Cette discipline mentale de centration sur la finalité permet d'éclaircir ce qui est important dans le contexte en regard des buts poursuivis, et de mieux discerner les actions qui contribuent à ces buts...

Toute organisation a besoin de dispositifs et de structures pour fonctionner. Mais si ces organes prennent progressivement une place prépondérante et une tournure intangible, ils deviennent une fin au lieu de rester des moyens au service d'un projet, ils perdent leur sens.

La structuration est certes nécessaire, mais devrait toujours s'effacer derrière les finalités, se recomposer sans cesse pour rester au service du projet. »

Jean-Pierre Le goff³ parle également de la complexité et préconise « qu'anticiper, est un avenir dont on ne cesse de dire qu'il est devenu imprévisible...Dans une période de

² Manager dans la complexité, Réflexions à l'usage des dirigeants, Insep Consulting Editions, Paris 2001, p 336

³ Jean-Pierre LE GOFF, Sociologue au laboratoire Georges Friedmann, Paris 1 CNRS, Le dangereux culte du changement, Vie des organisations, Le Monde du mardi 27 juin 2000

changement rapide et d'incertitudes, **ne restent que les conseils et les boîtes à outils des managers pour apprendre à se gérer, à faire face au changement, ou devenir acteur du changement...** »

L'hôpital n'échappe pas à cette complexité, Georges Arbus et Denis Debroose⁴ parle de lacune de l'organisation hospitalière face à la nécessité de changement lié en partie à **des relais de transmission de l'information peu opérationnels et à la faible performances des outils de suivi et d'analyse des activités.**

Pour Dominique Genelot, information, communication et connaissance sont les clefs du pilotage des systèmes complexes. Il précise qu'une réalité ne prend sens qu'à travers la prise de conscience de celui qui la regarde, elle est donc variable selon le regard. «La communication est ce qui donne existence et cohérence au système. C'est le processus de connaissance et d'ajustement réciproques qui permet la production d'un sens partagé».

1.1.2 La gestion des ressources humaines : ce qu'elle recouvre.

La gestion des ressources humaines, telle que définie dans le Manuel d'accréditation des établissements de santé en février 1999, « a pour objectif d'assurer la meilleure adéquation possible entre les besoins des patients et les ressources humaines. Elle est essentielle au bon fonctionnement de l'établissement ».

Son champ d'intervention recouvre la gestion prévisionnelle, la définition des postes et des fonctions, le développement des compétences, l'évaluation des performances, la formation continue et les relations sociales.

Serge VALLEMONT⁵, dans son rapport au Ministre de la Fonction publique, de la Réforme de l'Etat et de la Décentralisation sur la gestion des ressources humaines dans l'administration, dit :

« ...il est frappant de relever l'absence de mémoire et de capitalisation des démarches entreprises et des résultats obtenus, en matière de gestion des ressources humaines, depuis une quinzaine d'année...

⁴ Georges ARBUS et Denis DEBROSSE, Changement de l'hôpital, initier un dynamique, Dossier Flexibilité et Encadrement , Revue Soins Formation Pédagogie Encadrement N°19 3^e trimestre 1996

⁵ Gestion des ressources humaines dans l'administration , Rapport au ministre de la Fonction publique, de la Réforme de l'Etat et de la Décentralisation, collection des rapports officiels, Paris 1999

La gestion prévisionnelle doit, en premier lieu, s'appuyer sur une connaissance statistique, économique et sociologique approfondie du monde des fonctionnaires, de la composition sociodémographique des effectifs, des pyramides d'âges dans les différents corps ; des inquiétudes et aspirations des hommes et des femmes qui travaillent dans l'administration. La commission a été frappée par la grande faiblesse et la dispersion des efforts que l'Etat consacre à la connaissance de ses personnels et, d'une manière générale, à celle de son fonctionnement interne...

Un des facteurs explicatifs réside dans la difficulté, perceptible au sein de l'administration, à dégager une vision à moyen terme de la stratégie en matière de GRH. Cette difficulté découle elle-même de plusieurs causes, de nature différente, parmi lesquelles figure, notamment, une relative confusion entre les rôles et les registres distincts du directeur du personnel et du manager d'équipe : si la gestion des hommes dans une organisation incombe à tous les managers opérationnels, la direction des ressources humaines requiert, elle, des compétences plus spécialisées pour pouvoir concevoir et mettre en œuvre une politique de gestion et de développement des ressources humaines.

En tant que professionnel et expert, le directeur du personnel doit non seulement créer et maîtriser, lui, les outils, mais également connaître les théories qui les fondent. Il doit adapter sa politique à celle de son organisation, pour la servir. Il doit aussi être capable de créer de nouveaux outils directement appropriés à sa propre administration. Il lui revient également de bâtir une stratégie de GRH et d'organiser la fonction GRH en conséquence. Le directeur du personnel doit, enfin, veiller à l'implantation de ses politiques... »

Il précise l'insuffisante articulation entre la gestion individuelle et la gestion collective. « Une autre difficulté, qui n'est pas spécifique à l'administration car elle est fréquemment rencontrée dans les grandes organisations, tient à l'insuffisante capacité de développer une réactivité suffisante aux changements de l'environnement et aux évolutions des usagers et des partenaires .

En effet, l'usager a évolué dans ses attentes à l'égard de l'administration, de même que la qualification, les attentes et les aspirations des personnels ont changé. Pour intégrer ces changements, il faut une organisation suffisamment souple, réactive, **dotée de système de veille et d'écoute**. C'est aussi toute la question de l'actualisation et du développement des compétences des agents et des difficultés, des résistances parfois, qu'elles peuvent entraîner ».

« Moderniser la GRH est une condition pour mieux gérer la modernisation ».

1.2 LA DIRECTION DES SOINS

En matière de GRH, le Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière stipule : « **participe** à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation...remet au directeur un rapport annuel d'activités des services de soins... ».

Le champ de responsabilité s'étend, il gère les activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Membre de l'équipe de direction, il dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.

Le guide du service infirmier n°3 , outils méthodologiques précise que la gestion de l'ensemble des personnels incombe à la direction du « personnel », mais que compte tenu des crédits budgétaires alloués à la rémunération des personnes, il est indispensable à l'encadrement infirmier de bien connaître la gestion du personnel. Cela dans le but de maîtriser la gestion opérationnelle du service infirmier, pour répondre quantitativement et qualitativement à la demande des personnes soignées.

Catherine Duboys Fresney⁶, indique le rôle du directeur du service de soins infirmiers, au niveau des ressources humaines :

- Préciser une politique de recrutement avec le directeur des ressources humaines,
- Etre capable d'évaluer les performances,
- Concevoir et transmettre des idées qui aient un sens pour les autres,
- Encourager l'information et la communication,
- Comprendre et utiliser la technologie de communication appropriée
- Nécessité d'acquérir de nouveaux savoirs.

Myriam Hubinon⁷ attend du directeur des soins, sa démarche managériale dans la maîtrise d'une politique de gestion prévisionnelle des ressources du service infirmier. **Elle**

⁶ Catherine DUBOYS FRESNEY, Réflexions sur la fonction de directeur du service, Techniques Hospitalières N°627, juin 1998, p 33 à37

précise que l'analyse de gestion est un rôle de mesure et d'évaluation des performances, et qu'une condition essentielle à cette analyse est de disposer de tableaux de bord bien conçus et maniables.

Josette Hart⁸ dit « qu'une des grandes compétences du leader (pilote) doit être de savoir analyser la situation avant d'agir. Lorsque des normes partagées permettent aux acteurs de connaître la finalité de leurs rôles, de donner du sens à ce qu'ils font, les acteurs agissent en complémentarité. Ce qui est clairement piloté, ce qui est réalisé par des personnes confiantes en leurs capacités est éminemment efficace. Que le positionnement est une affaire de contexte entre un pilote, des acteurs et des normes qu'ils construisent ensemble pour communiquer.

Manager est avant tout une affaire de communication »

Nous pouvons donc dire que le rôle essentiel du pilote ou leader est :

- de recueillir, vérifier et traiter l'information,
- de communiquer par l'échange, l'écriture, l'enseignement, l'explication, le partage, appropriés à chacun de ses partenaires ,
- d'analyser les situations en regard des informations recueillies, de la sélection d'indicateurs pertinents dans son traitement, et de transparence dans la diffusion des résultats,
- d'arbitrer les choix et donc prendre des décisions, sans occulter la part subjective intervenant dans nos conclusions.

1.2.1 Les ressources humaines

Les ressources humaines sous la responsabilité de la direction des soins correspondent aux grades, emplois (métiers), et postes de travail définis par le statut de la fonction publique hospitalière. Nous simplifierons la nomenclature en indiquant : les filières soignante, médico-technique, et de rééducation.

Néanmoins, nous pensons utile de préciser les termes ressources humaines.

Ressource ; correspond, en général dans la définition d'un dictionnaire, à une richesse, un bien, de l'argent, un moyen, une recette, un revenu, une possibilité.

Humain ; un Homme , une personne de sexe masculin ou féminin.

⁷ Myriam HUBINON, Management des unités de soins, De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité, Savoirs & Santé, De Boeck Université, Bruxelles 1998

⁸ Josette HART, Positionnez-vous ! Cahier de gestions hospitalières N°159, février 2000

Les ressources humaines sont donc des hommes et des femmes qui œuvrent dans l'administration hospitalière quel que soit le poste occupé, pour mener à bien les missions assignées à l'hôpital.

1.2.1.1 Les effectifs

Nous entendons par effectifs, le nombre d'emplois budgétés appartenant au tableau des emplois permanents en équivalent temps plein.

Ces effectifs sont affectés sur les unités fonctionnelles, en nombre suffisant pour permettre d'assurer les postes de travail nécessaires aux soins et à la continuité de ces derniers.

Nous faisons bien la distinction entre les effectifs temps plein et le nombre de personnes en poste. Au sein de la direction des soins regroupant environ 70% des effectifs totaux, la confusion des termes effectifs (donc chiffre budgétaire) et nombre de personnes (individus) n'est pas permise ; nos outils de gestion doivent donc mentionner ces deux données.

1.2.1.2 Les compétences

Toujours selon le dictionnaire, la compétence peut se définir en aptitude, capacité, expérience, savoir, savoir-faire.

Si dans la fonction publique, l'emploi correspond à un grade, l'accès au grade se fait par concours avec mention des titres nécessaires à la présentation du concours. Or, le titre n'est pas pour autant synonyme de compétence.

Un article de Guy Le Boterf⁹ approche le concept de compétence : « être compétent, c'est non seulement être capable de faire ou d'agir, mais c'est aussi pouvoir analyser, expliquer sa façon de faire ou d'agir », et cela suppose de savoir interagir avec autrui.

La compétence n'existe qu'à travers l'individu, elle est à la fois individuelle, et collective, évolutive, continuellement au gré des contextes.

Dans le cadre de notre étude, le terme aptitude retiendra notre attention quand nous parlons de compétence, car c'est par la reconnaissance des caractéristiques individuelles que nous pouvons orienter nos choix en matière de GRH.

⁹ Guy LE BOTERF, De quel concept de compétence avons-nous besoin ?, Dossier les compétences, de l'individuel au collectif, Soins Cadres n°41, février 2002

1.2.1.3 Les personnes

Les personnes qui composent un effectif, accomplissent des missions selon leur métier, leur emploi et leur grade. Chaque professionnel composant une partie du groupe professionnel, est avant tout un individu avec ses attentes, ses désirs et ses incertitudes. C'est ainsi, que nous devons apprendre à gérer les situations individuelles dans la cohérence des missions du groupe et de l'institution.

Il nous semble important à la direction des soins de faire vivre le collectif, à travers chaque individu, de donner du sens au fait d'être ensemble pour des missions communes, sans oublier une dimension éthique dans le management des hommes, et dans nos prises de décision les concernant.

1.2.2 L'efficacité de la gestion

Selon Odile Derenne et André Lucas¹⁰, « la GRH est une notion complexe, touchant des domaines très variés.

Pour permettre à chacun de mieux se situer face à ces différentes dimensions, nous proposons de les classer en partant de quatre représentations du fonctionnaire : le grade, l'indice, le métier, le poste de travail, ce qui produit les quatre approches suivantes :

- Gestion administrative et statutaire,
- Gestion financière
- Gestion des compétences,
- Gestion de l'organisation de travail. »

1.2.2.1 La gestion

Si nous reprenons la définition précédente, nous pourrions dire qu'à la direction des soins, nous nous occupons d'une partie de gestion administrative en lien ou non, selon le contexte, d'une gestion financière, de la gestion des compétences et de l'organisation du travail pour les personnels de soins, de rééducation et médico-techniques.

Le terme gestion est défini dans le dictionnaire en terme de : administration, conduite, direction, économat, économie, gérance, gouverne, gouvernement, intendance, maniement, organisation, régie.

¹⁰ Le développement des ressources humaines, Coordination Odile DERENNE et André LUCAS, R. Barthès, M. Boutly-Salou, S. Couny, B. Donius, Y. Lamy, M-T Sacco, Tome 2 Manuel de GRH dans la fonction publique hospitalière, Editions E.N.S.P. Rennes 2002

1.2.2.2 L'efficacité de la gestion

Si le terme gestion trouve sa définition dans l'administration, la direction, la gérance, l'organisation ; l'efficacité sera la meilleure adéquation possible entre la demande et la réponse apportée en matière de ressources humaines.

Pour apporter une réponse, quelle qu'elle soit, le directeur de soins doit analyser des données, des informations, communiquer avec ses partenaires, pour ensuite, prendre une décision.

Son efficacité sera perçue, entre autres, par la mesure des écarts entre les demandes et les réponses. Ceci nécessite donc le partage et la construction d'outils adaptés au contexte de l'établissement, outils partagés avec la DRH, au sein de la DS et des cadres opérationnels.

1.2.3 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Puisqu'à la direction des soins, nous gérons des ressources humaines, en lien avec la DRH, nous devons appréhender la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences de notre champ de responsabilité.

Pour éclairer cette donnée, nous nous appuyons sur le guide de GPEC, édité par le Ministère de l'emploi et de la solidarité en mars 1998, et destiné aux établissements publics de santé.

« Les enjeux de la GPEC sont pour toutes les entreprises ou institutions, l'adaptation aux mutations rapides de l'environnement social et technologique, l'anticipation à moyen terme des décisions stratégiques accompagnant la recherche de l'efficacité dans un contexte de maîtrise des dépenses.

Pour accompagner les évolutions nécessaires en maintenant une cohésion sociale indispensable, les établissements hospitaliers doivent expliciter leur choix et développer une gestion anticipée des compétences. Ils doivent également évaluer leurs besoins en personnel à moyen terme pour contribuer à ajuster d'une part, les flux d'entrée en formation, et d'autre part, les orientations des formations.

Une politique de gestion prévisionnelle est aussi nécessaire pour adapter les ressources humaines aux évolutions d'activités. Celles-ci découlent des transformations induites par le schéma régional d'organisation sanitaire et le projet d'établissement. »

Nous compléterons cette définition par celle proposée dans le livre cité en note n°10, « la GPEC consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents :

- Visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences,
- En fonction de son plan stratégique, ou au moins d'objectifs à moyens termes bien identifiés,
- Et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle. »

1.3 LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Une différence est à faire entre le directeur, chef d'établissement et le directeur des ressources humaines.

Le directeur, chef d'établissement, et lui seul, est l'autorité investie du pouvoir de nomination à l'égard des fonctionnaires hospitaliers.

La Loi 86-33 du 9 janvier 1986 stipule :

- Les corps et emplois sont recrutés et gérés dans le cadre de chaque établissement.
- Les décisions relatives au recrutement et à la carrière des fonctionnaires sont prises par les autorités investies du pouvoir de nomination qui sont désignées par les lois et les décrets relatifs à l'organisation des différents établissements.

Le directeur des ressources humaines assure donc la gestion des personnels, mais n'a pas pouvoir de nomination des fonctionnaires.

La politique GRH des établissements de santé est généralement définie, dans ses grands principes, lors de l'élaboration du projet d'établissement au travers du volet : projet social.

Elle est alors le sens donné aux actions entreprises en matière de GRH. L'information, l'explication, données par la DRH sont probablement les clefs de la compréhension et l'appropriation pour les cadres opérationnels.

C'est à partir d'articles de la revue RH&M¹¹, que nous avons essayé de comprendre ces évolutions.

¹¹ Revue Ressources Humaines et Management, Numéro anniversaire, premier trimestre 2002, le management des RH dans tous ses états, vision de femmes, Edgar ADDED, Directeur de la revue

- **Danielle Kaisergruber** (Présidente de Bernard Bruhnes Consultants) indique dans son article (p15) : **le DRH de demain sera celui de l'entreprise de demain** ; « Le DRH n'est pas un technocrate de la gestion des effectifs et des rémunérations alignant des projections statistiques des emplois dans de subtiles constructions de gestion prévisionnelle. C'est celui qui accompagne la stratégie de l'entreprise, qui aide à la définir par un projet social de qualité...Le DRH sera celui qui saura, en travaillant avec les responsables opérationnels, ménager des parcours de compétences et des progressions de prises de responsabilité pour ceux qui le souhaitent.
- **Louise Guerre** (Présidente du Centre des Jeunes Dirigeants d'Entreprise) : **DRH : un métier de développeur** ; « Un pôle de relations humaines et de leur support est à créer les différentes fonctions de l'entreprise ne pouvant plus continuer à fonctionner séparément...Les RH seront de plus en plus en lien avec la communication interne de même qu'avec le système d'information de l'entreprise... La gestion des RH est une notion de plus en plus insuffisante : car il s'agit de plus en plus de développement de ressources en perpétuel devenir... On attendra de plus en plus de l'encadrement, une réelle capacité à déléguer, à mobiliser autour d'un projet en commun, et également une capacité nouvelle de pédagogue : savoir expliquer et savoir apprendre, former ses collaborateurs... »
- **Elisabeth Guigou** (Ministre de l'emploi et de la solidarité, au moment de la parution de la revue) : **DRH : cœur stratégique de l'entreprise** ; « L'entreprise du XXIème siècle appelle de la part de ses responsables une vision à la fois prospective (on prépare demain en réunissant les intelligences et en capitalisant le savoir), généreuse (c'est en favorisant l'initiative que l'on crée les conditions de développement) et collective (c'est l'ensemble de la communauté qui crée dans l'interactivité, et pas seulement les chercheurs)...

Le chef d'entreprise doit se considérer comme le responsable des ressources humaines. Rien n'est pire que le dirigeant qui compte sur son DRH pour soigner les dégâts des décisions stratégiques prises en oubliant les hommes. Mais le DRH n'en est que plus responsable : il ou elle **se doit de participer à ces décisions stratégiques** et, surtout, **de construire l'environnement et les outils** qui rendent possible l'intelligence collective, la capitalisation des savoirs, l'apprentissage permanent, l'interactivité entre les salariés, l'émergence et le développement d'une communauté de travail à la fois conviviale et efficace...

- **Christine Bruneau** (Juriste, criminologue, maire adjoint de Boulogne-Billancourt) : **DRH et objectifs de résultats** ; « ...expliquer les raisons des décisions prises et les résultats attendus, donner du sens, parler vrai font partie des attentes fortes des collaborateurs... ».

1.4 LA COMPLEMENTARITE DRH/DS

Nous voyons toute la complexité de la GRH, et donc la difficulté en l'absence de référentiel métier, de partager cette responsabilité.

Nous nous en tiendrons aux propos de Serge Vallemont cité plus haut dans ce travail :

« **La gestion prévisionnelle** doit s'appuyer sur **une connaissance** statistique, économique et sociologique approfondie **du monde des fonctionnaires**, de la **composition socio démographique des effectifs, des pyramides d'âges** dans les différents corps ; **des inquiétudes et aspirations des hommes et des femmes qui travaillent** dans l'administration.

Un des facteurs explicatifs réside dans la difficulté, perceptible au sein de l'administration, à dégager une vision à moyen terme de la stratégie en matière de GRH. Cette difficulté découle elle-même de plusieurs causes, de nature différente, parmi lesquelles figure, **registres distincts du directeur** notamment, **une relative confusion entre les rôles du directeur du personnel et du manager d'équipe : si la gestion des hommes dans une organisation incombe à tous les managers opérationnels, la direction des ressources humaines requiert, elle, des compétences plus spécialisées pour pouvoir concevoir et mettre en œuvre une politique de gestion et de développement des ressources humaines.**

En tant que professionnel et expert, le directeur du personnel doit non seulement créer et maîtriser, lui, les outils, mais également connaître les théories qui les fondent. Il doit adapter sa politique à celle de son organisation, pour la servir. Il doit aussi être capable de créer de nouveaux outils directement appropriés à sa propre administration. »

Et le complément apporté par Myriam Hubinon : « attend du directeur des soins, sa démarche managériale dans la maîtrise d'une politique de gestion prévisionnelle des ressources du service infirmier. Elle précise que l'analyse de gestion est un rôle de mesure et d'évaluation des performances, et qu'une condition essentielle à cette analyse est de disposer de tableaux de bord bien conçus et maniables. »

Il est clair qu'au sein des établissements, la DRH dispose d'outils plus ou moins complexes d'aide à la décision, néanmoins, nous pensons qu'il reste à en construire pour améliorer la gestion des ressources humaines et aider les directeurs de soins dans cette gestion

Nous concluons en insistant sur l'importance de clarifier, d'entrée de jeu, les rôles et responsabilités en matière de GRH entre la DRH et la DS. Sachant notamment que la DS

est dans un rôle opérationnel, la DRH dans un rôle de dirigeant, et le chef d'établissement dans un rôle de décideur. Tous membres de l'équipe de direction, c'est de leur intelligence des situations, dans la clairvoyance, dans leur fonctionnement, dans leurs prises de responsabilités, et dans leur loyauté qu'ils pourront mener une GPEC pertinente et efficace.

1.5 LES OUTILS DE CONTROLE DE GESTION ET D'AIDE A LA DECISION

Le service infirmier, depuis sa création, établit annuellement un rapport d'activité. Le guide du service infirmier n°3, série organisation et gestion du service infirmier, outils méthodologiques indique pages 63 et 64, « le rapport d'activité est beaucoup plus qu'un simple bilan. Il permet une vision globale qualitative et quantitative de l'ensemble des prestations fournies. Il constitue la mémoire du service infirmier...Ce rapport a pour but de :

- Permettre à l'infirmière générale d'objectiver l'activité du service infirmier,
- Soutenir la motivation des personnels,
- Susciter la prise de conscience et l'identité professionnelle,
- Favoriser une meilleure connaissance du service infirmier par l'ensemble des soignants et autres partenaires,
- Faciliter la circulation d'idées et d'informations, et développer des échanges entre les différents acteurs de santé . »

Jean –René Ledoyen¹² a travaillé sur les tableaux de bord de la direction du service de soins infirmiers et la conception du rapport d'activité en découlant ; il indique : « Si les tableaux de bord existants permettent individuellement aux cadres de trouver à travers leur utilisation une aide à la décision, l'absence d'une démarche collective dans l'élaboration des tableaux de bord et le faible développement d'indicateurs infirmiers, font que les cadres manquent d'éléments pour se situer par rapport à un ensemble et que de nombreux infirmiers généraux manquent d'indicateurs pour étayer ou peser sur les décisions institutionnelles... »

« Une démarche d'équipe insuffisante dans la conception du rapport d'activité et l'élaboration des outils nécessaires à sa réalisation, fait que le rapport d'activité du service infirmier est beaucoup moins opérationnel qu'il ne pourrait l'être dans le processus de réflexion décisionnelle. »

¹² Jean-René LEDOYEN, Des tableaux de bord au rapport d'activité », pour une dynamique de la décision et de la motivation du service infirmier, Mémoire de fin d'études, Formation des Infirmiers Généraux, ENSP Rennes 1995

« L'analyse de gestion est un rôle de mesure et d'évaluation des performances, et une condition essentielle à cette analyse est de disposer de tableaux de bord bien conçus et maniables. » dit Myriam Hubinon citée en note n°7 .

« Le contrôle de gestion est apparu dans les grandes entreprises industrielles pour coordonner la décentralisation qui apparaissait nécessaire aux dirigeants afin de maintenir l'efficacité et le dynamisme de leur entreprise. »¹³

Le parallèle avec l'hôpital semble évident. La mise en place de tableaux de bord devient indispensable, notamment en ce qui concerne la GRH.

Bernard Matory¹⁴ indique : « Un système d'information n'est que le reflet du système de gestion qu'il anime : sa taille, son fonctionnement découlent naturellement de la place accordée aux hommes et aux modalités de leur gestion... ».

Si nous devons une nouvelle fois nous convaincre de l'utilité des tableaux de bord , nous pourrions reprendre la parabole développée par Philippe Lorino dans son ouvrage consacré au contrôle de gestion stratégique (Dunod, Paris, 1991) :

« ...Imaginons une course entre deux voitures disposant de la même mécanique et des mêmes performances potentielles. Mais, dans l'une des deux, le compteur de vitesse, le compte-tours, les divers indicateurs sont détraqués, le pare-brise est opaque de saleté et le volant ne répond pas toujours parfaitement aux impulsions qui lui sont données, alors que l'autre véhicule dispose d'instruments parfaitement efficaces ? Lequel des deux gagnera la course ? Il est vrai que, même dans ces conditions fort inégales, les jeux ne sont pas complètement faits au départ, et la qualité du pilote peut encore faire des miracles. Mais laquelle des deux voitures préféreriez-vous conduire ? Les marchés de demain seront conquis par les pilotes de qualité disposant d'instruments de navigation et de pilotage efficaces ? »

Les tableaux de bord sociaux sont au service du pilotage social. En ce sens, ils visent à accomplir les trois fonctions d'un système d'information : **le cadran qui mesure, la vigie qui guette, le radar qui anticipe.** »

¹³ PL BESCOS, Ph DOBLER, C.MENDOZA, G. NAULLEAU, F.GIRAUD, V.LERVILLE ANGER, Contrôle de gestion et Management, Guide des techniques et de la décision, 4^{ème} édition, Montchrestien Paris 1997

¹⁴ Bernard MATORY, Les tableaux de bord sociaux, Pilotage, animation, décision, Nathan Entreprise Paris 1992

2 - INVESTIGATIONS

Après avoir exploré quelques écrits au sujet de la gestion des ressources humaines, nous avons extrait de ces lectures deux grands axes : le management des hommes, et la gestion de type administration, organisation du travail.

Nous nous sommes attachés à travailler à travers notre étude sur le deuxième axe : la gestion de type administration, organisation ; avec la question suivante :

Quels sont les préalables au développement d'une gestion efficace des ressources humaines, au sein de la DS ?

Notre hypothèse de travail est :

Les préalables au développement d'une gestion efficace des ressources humaines passent par :

- Une politique GRH partagée par la DRH et la DS
- Une GPEC à la DS
- La construction d'outils d'aide à la décision.

Pour mener notre travail, nous avons réalisé :

- une enquête par questionnaire auprès des directeurs de soins
- des entretiens près des directeurs de ressources humaines.

L'enquête par questionnaire a été effectuée dans des établissements publics de santé, d'une capacité de lits comprise entre 500 et 800, situés en Ile de France.

Le choix de l'Ile de France coïncide avec notre région d'exercice, et son contexte des restructurations, fusions d'établissement, avec en corollaire la pénurie de professionnels sur le marché du travail.

Notre objectif était de connaître les outils de contrôle de gestion et d'aide à la décision à disposition des DS en matière de GRH, et d'appréhender leur partenariat avec la DRH.

Sur 23 questionnaires envoyés, nous en avons reçu 14, dont 13 exploitables. Nous avons donc travaillé à partir de ces 13 questionnaires, ce qui correspond à un retour de 56,52 %.

Nous savons qu'effectuer des pourcentages sur des petits nombres est source de discussion, néanmoins nous avons décidé de le faire car nous souhaitons un travail de visualisation pouvant orienter notre réflexion sur les besoins en outils simples de gestion nous permettant de pouvoir répondre aux diverses sollicitations de nos partenaires, et d'argumenter certaines décisions à partir d'indicateurs vérifiables.

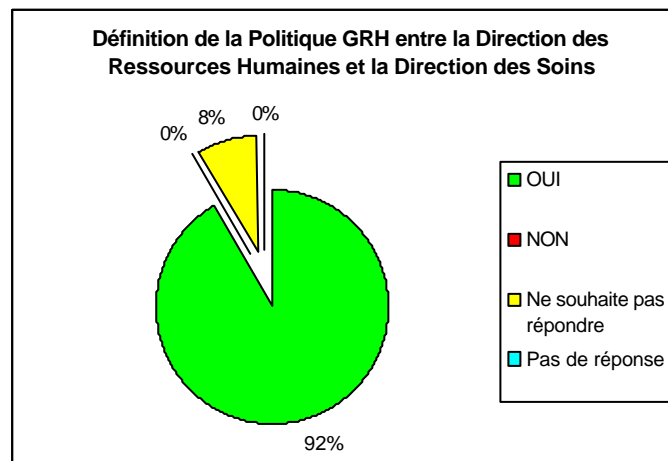
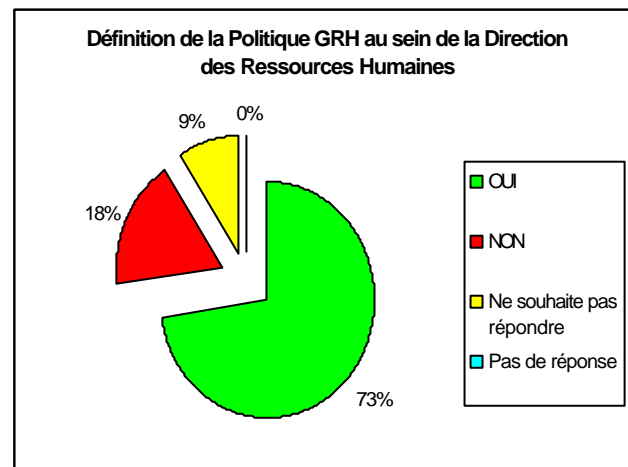
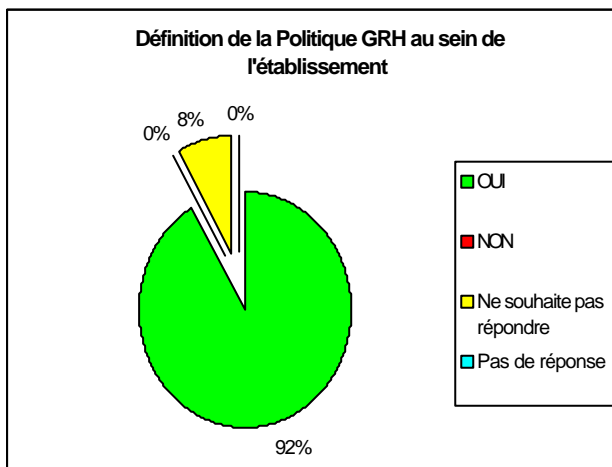
Les entretiens auprès des directeurs de ressources humaines ont été menés sur nos terrains de stages, sur nos lieux d'exercice antérieur et futur, et près d'un DRH ayant développé des outils de contrôle de gestion dans un CHU.

Les deux derniers entretiens ont été menés après l'analyse des questionnaires, ce qui nous a permis d'affiner notre réflexion.

2.1 ANALYSE DES QUESTIONNAIRES DIRECTION DES SOINS

2.1.1 La Coopération DRH / DSSI

- **1.1.** La politique de gestion des ressources humaines est elle définie :
 - ↪ au plan de votre établissement ?
 - ↪ au plan de la direction des ressources humaines ?
 - ↪ est elle déclinée entre la direction des ressources humaines et la direction des soins ?



La politique de GRH est déclinée dans 92 % des cas.

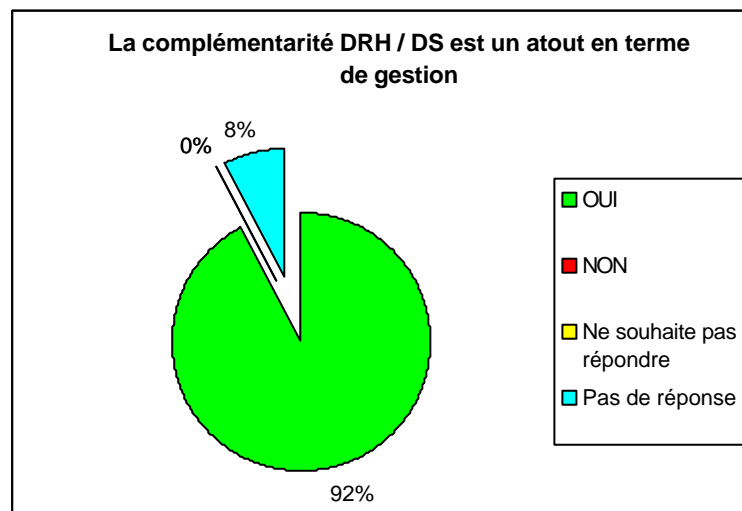
L'étude ne demande pas les modalités de cette déclinaison, néanmoins, les professionnels nous ont mentionnés des points de partages.

Le projet social, et le projet du service de soins infirmiers sont les deux documents où la politique GRH est définie.

Nous remarquons, que pour la définition de la politique GRH, au sein de l'établissement et, entre les directions de RH et de soins, les taux de réponses sont identiques, 92 % de définitions ; par contre au sein de la DRH elle-même, le taux de définition n'atteint que 73 % avec 18 % de non définition. La question que nous nous posons, s'intéresse aux modalités de déclinaison de cette politique.

Est-elle considérée comme définie dans ses grandes lignes à travers le projet d'établissement, pour l'établissement et la DS ?

- **1.2.** Pensez-vous que la complémentarité DRH/DSSI soit un atout en terme de gestion des ressources humaines ?



A l'évidence, 92 % des DS pensent que la complémentarité est un atout, mais 8 % ne répondent pas. La GRH devant être partagée, nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour analyser ce taux de non réponse, et ne pourrions faire que des suppositions aléatoires, ce que nous nous abstiendrons de faire.

Les 92 % de réponses positives au sujet de la nécessaire complémentarité, ont apporté des éclaircissements à notre réflexion de départ.

En effet, les commentaires indiquent **des fonctions intimement liées**, la DRH gère l'ensemble des personnels, la DS les para médicaux, mais uniquement d'un point de vue fonctionnelle, puisqu'elle ne gère aucun budget. L'enquête a été effectuée en mai et juin

2002 , le Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, n'a probablement pas encore été mis en application.

Les atouts définis sont la complémentarité des regards différents , « l'un étant plus centré sur la quantité (DRH), l'autre sur la qualité (DS)», d'un côté les réponses sont administratives (DRH), de l'autre (DS) les réponses se centrent sur les affectations en composant avec les compétences en lien avec l'activité médicale.

Il est à noter que les propos tenus par les DS font état de **cohérence des décisions, harmonisation des positions, efficacité de fonctionnement quand le partage des responsabilités est clair.**

Des difficultés relationnelles transparissent dans les réponses, nous avons en indication : « le référentiel métier n'étant pas défini, il existe une zone de difficultés et parfois des espaces de divergences non régulés » ; « Dommage que les positions de pouvoir perturbent les relations » ; « tout va bien si chacun respecte le territoire de l'autre ».

Force est de constater que ces propos interpellent, sans tomber dans la naïveté, puisque nous sommes convaincus que la loyauté en équipe de direction est une vertu indiscutable. L'analyse des autres questions nous apportera peut-être un début de réponses, à ces relations complexes.

- **1.3.** Pouvez-vous indiquer une cotation entre 0 et 10, de l'indice de satisfaction de vos relations de travail avec la direction des ressources humaines ?
0 correspondant à une impossibilité de travail en commun
10 correspondant à une coopération efficiente.

2= 23,08% 5= 7,69% 7= 7,69% 8= 23,08% 9= 23,08% 10= 15,38%

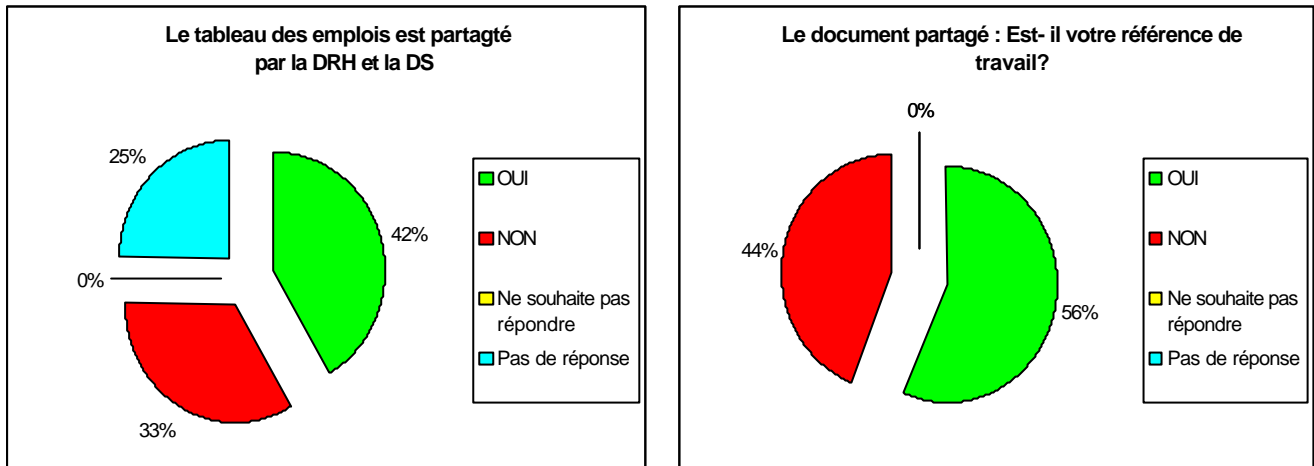
Moyenne = 6,85 /10

Nous observons que l'**indice de satisfaction** des relations de travail du point de vue de la DS envers la DRH est **plutôt bon** sur la moyenne, cependant dans 61,54 % des cas les relations sont excellentes (8,9,et 10) ; pour 15,38% elles sont moyennes (5 et 7) ; et franchement mauvaises pour 23,08 %.

Les 23,08 % de cotation à 2 dans l'indice de satisfaction ne correspondent pas aux réponses à la question 1.2., qui ont exprimé des difficultés relationnelles.

Nous en déduisons que les DS ont connu plusieurs DRH, et que les situations sont variables selon les personnes et les établissements.

- **1.4.** Le tableau des emplois et sa gestion sont de la responsabilité de la direction des ressources humaines. Avez-vous un document partagé DRH/DSSI ?



Nous observons que le tableau des emplois est partagé entre la DRH et la DS dans 42 % des cas, mais qu'ensuite, il n'est le document de référence des DS que pour 56 % ce qui ramène à un outil commun de travail à 24 % des situations.

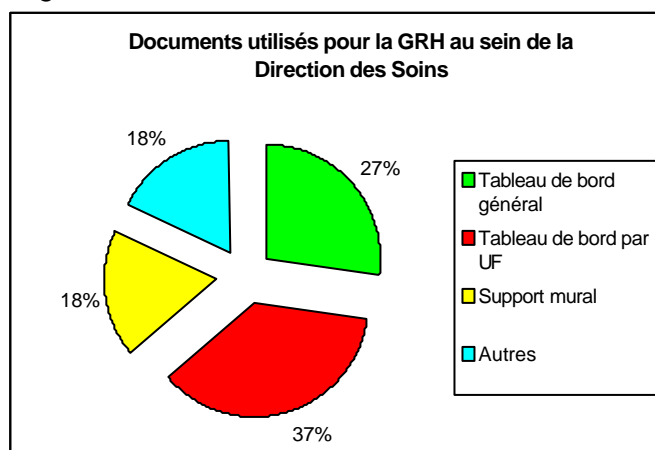
Pourtant les DS mentionnent leur rencontre, majoritairement hebdomadaire, avec la DRH, les questions que nous nous posons sont :

- sur quelle base de travail s'appuient-ils pour une gestion commune et / ou partagée des RH ?
- est-ce là un point des difficultés relationnelles ?

Les éléments de discussion et de partage de gestion concernent les recrutements, les affectations, le projet social, le plan de formation, des échanges sur les difficultés quotidiennes, les postes aménagés.

Si NON, avez vous un autre support de gestion ? **Oui à 100%**

Si OUI, sous quelle forme ?

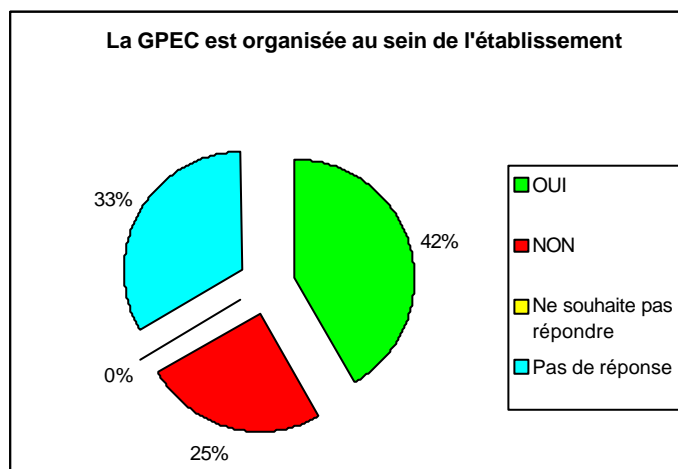


Nous avons vu que seuls 24 % des DS ont un document partagé avec la DRH, mais 100 % ont d'autres supports de travail.

Les supports de gestion sont hétérogènes comme le montre le schéma ci-dessus, les tableaux de bord sont utilisés dans 64 % des cas. Les supports muraux à 18 %, nous interrogent sur le partage des informations avec la DRH, en effet nous supposons des déplacements fréquents vers le tableau pour la fiabilité de la gestion. Les 18 % d'autres supports concernent des logiciels et des tableaux de vacance d'emploi.

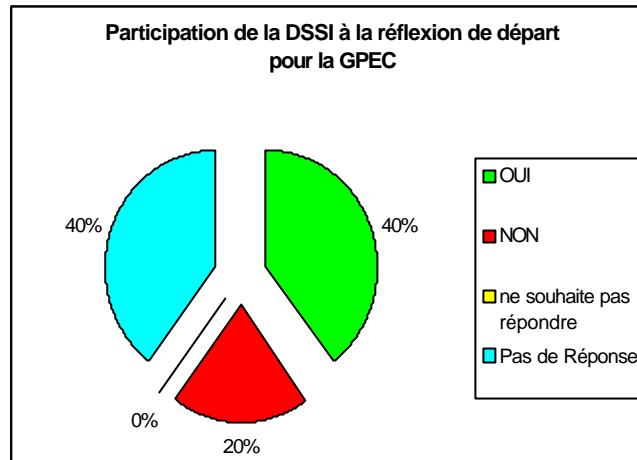
Nous n'avons pas recherché les contenus des tableaux de bord, cependant, nous pensons que des éléments indispensables comme par exemple, les numéros de postes attribués par la DRH, doivent figurer dans les documents de travail de la DS, pour l'efficacité de la gestion et pour éviter les pertes de temps, d'énergie et peut-être les sources de discordances et de problèmes relationnelles.

- Face aux restructurations et au contexte économique des établissements de santé, une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est préconisée ; est-elle organisée au sein de votre établissement ?



42 % des établissements ont une GPEC organisée, alors qu'elle est préconisée depuis 1997. L'enquête a révélé la difficulté de la mise en place d'une telle procédure.

Si OUI, avez vous participé à la réflexion de départ ?

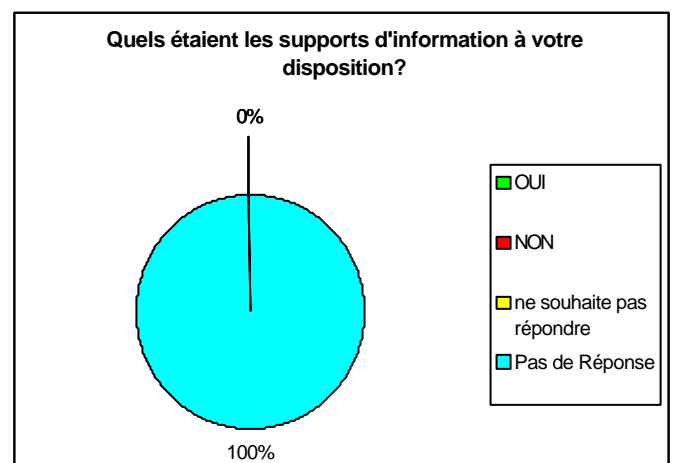
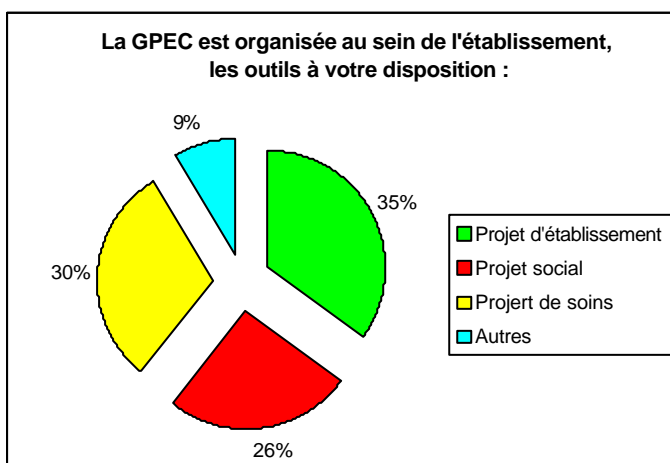


L'enquête révèle la difficulté de mettre en place une GPEC, néanmoins quand elle est en place, la DS n'y a participé que dans 40 % des cas, et n'avait aucun support d'information à sa disposition.

Nous nous demandons comment nous pouvons gérer, et nous projeter dans l'avenir si nous n'avons pas les informations concernant les personnels en temps réel ?

La gestion individuelle est certainement plus simple que la collective. Mais l'efficacité, en moment de pénurie, passe par une connaissance exhaustive de ses richesses et des possibilités de marge de manoeuvre, s'il y en a.

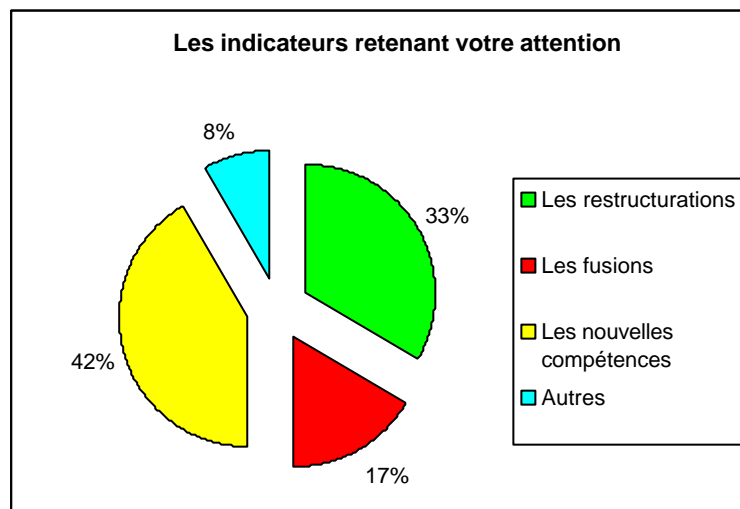
- Si la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est organisée, quels sont les outils à votre disposition ?



La GPEC est organisée dans 42 % des établissements interrogés, les DS ayant participé sont au pourcentage de 40 %, donc sur le total des établissements, 16,8 % des DS interrogés ont approché la GPEC. Ce chiffre est médiocre en regard des effectifs gérés au sein de la direction des soins, qui représente 70 % de l'effectif total. Faisons-nous de la gestion approximative ?

Néanmoins, nous pouvons constater que le projet d'établissement avec ses projets corollaires sont les outils de base de la GPEC.

- Quels sont les indicateurs qui retiennent votre attention ?



Nous nous posons beaucoup de questions sur les outils de gestion, et leur utilisation, mais les DS semblent être au cœur des préoccupations des établissements de santé, puisque leurs réponses concernant les indicateurs retenant leur attention en terme de GPEC sont à 42 % les nouvelles compétences, 33 % les restructurations, 17 % les fusions et 8 % seulement d'autres indicateurs.

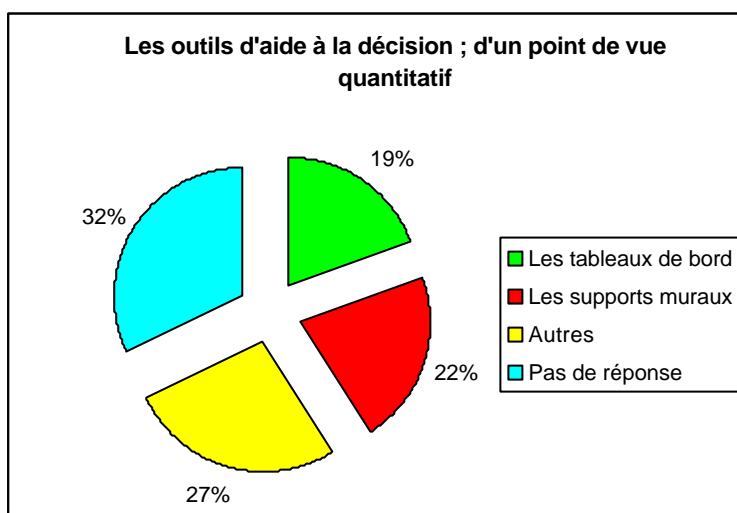
Les autres indicateurs sont précisés, il s'agit d'objectifs de redéploiement et de requalification.

Ces indications montrent que la gestion est effective, mais peut-être est-elle centralisée au sein de la DRH et non au sein de la DS, ce qui nous semble être une gageure compte tenu des charges de travail de chacune des directions, et probablement, là les sources de divergence et de conflit par non appropriation des uns de la dimension de l'information et de la gestion des personnels.

2.1.2 Outils d'aide à la décision, niveau opérationnel de la DSSI

- Au niveau des recrutements et des mouvements de personnel, sur quel type de documents vous appuyez vous pour prendre vos décisions ?

1. D'un point de vue quantitatif :



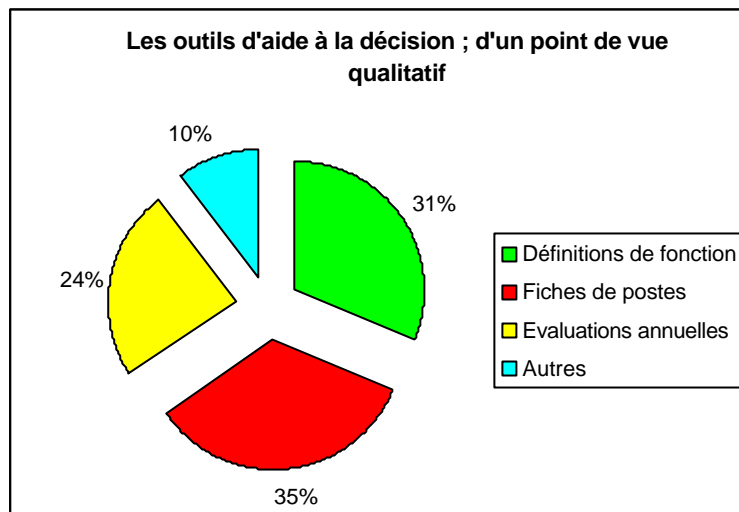
Les DS signalent utiliser les tableaux de bord pour 19 % d'entre eux. Ces tableaux indiquent le nombre d'emplois par service, d'autres suivent l'absentéisme, d'autres encore, les mouvements de personnel, les mensualités, le suivi des dépenses de personnel.

Les supports muraux restent une part importante dans la gestion puisqu'ils représentent 22 % des réponses.

Les 27 % de réponses « autres » correspondent aux outils informatiques. Sont signalés en réponse, le tableur Excel, les progiciels type : AGHIR Planning, C-Page avec extraction de données selon des critères prédéfinis, et des calculs de charge de travail.

Les outils d'aide à la décision sont donc utilisés dans 68 % des cas, mais 32 % des DS n'ont pas répondu à la question, ce qui laisse supposer que, si la fonction recrutement est effectuée, la gestion n'est pas de leur ressort, ou qu'ils sont en difficulté dans le suivi de leur gestion par manque d'outils opérationnels.

2. D'un point de vue qualitatif :



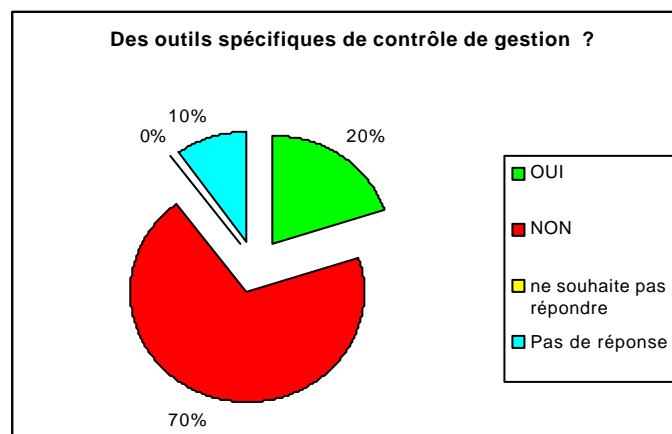
D'un point de vue qualitatif, tous les DS ont répondu.

Les outils d'aide à la décision retrouvent principalement, 66% pour les fiches de postes et les définitions de fonction, 24 % pour les évaluations annuelles, ce qui semble vouloir dire que 90 % des prises des décisions se font autour de la connaissance des professions et des individus.

Les 10 % restant sont centrés sur les entretiens individuels, hors évaluation ; la gestion des carrières et des compétences organisée au sein des DS ; la gestion du temps de travail ; la place de la formation continue.

La comparaison des outils d'aide à la décision est assez significative, et rejoint les recherches théoriques, à savoir : une gestion opérationnelle au sein des DS, puisque 68 % répondent qu'ils utilisent des outils pour la gestion des effectifs, et 100 % en utilisent pour la gestion des personnels

- Avez-vous établi des outils spécifiques de contrôle de gestion des personnels ?



L'efficacité (paragraphe 1.3.2.2.) sera la meilleure adéquation possible entre la demande et la réponse apportée en matière de ressources humaines, et cela entraîne une évaluation, un suivi donc un contrôle de gestion. Or, 80 % des DS n'ont à priori pas de contrôle de gestion. En effet, 70 % répondent clairement non, et 10 % ne répondent pas.

Nous remarquons que 68 % des DS ont des outils d'aide à la décision en matière d'effectifs, 100 % en matière de personnel, mais que seuls 20 % ont des outils spécifiques de contrôle de gestion. Ne faut-il pas là développer un axe de travail pour une meilleure efficacité et complémentarité avec la DRH ?

- Pouvez-vous préciser au moins 4 indicateurs recherchés ?

Nous avons obtenu 50 % de réponses sur les indicateurs, pour les 68 % de DS ayant répondu à la question des outils d'aide à la décision en matière quantitative.

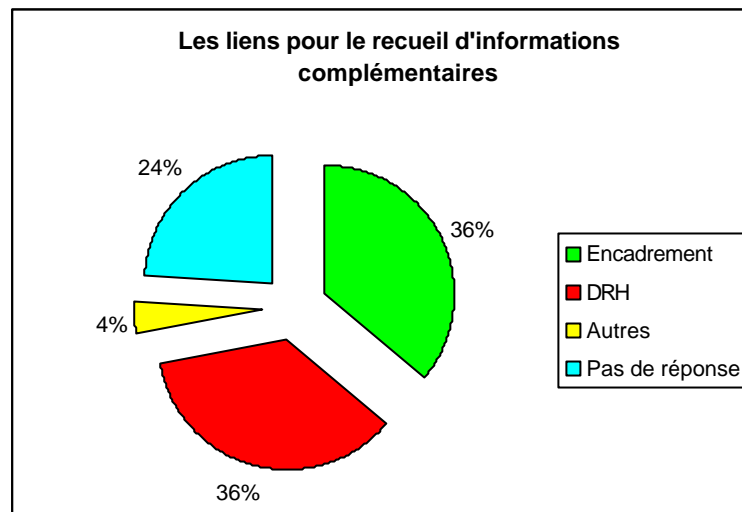
Pour les réponses apportées au contrôle de gestion, nous retrouvons, selon un classement par fréquence, essentiellement :

- un suivi de l'absentéisme,
- une attention particulière aux accidents de travail,
- les mouvements de personnels, internes et externes,
- une évaluation des raisons invoquées pour chaque mouvement,
- les mensualités de remplacement,
- des évaluations en charges de travail, avec les indicateurs en calcul d'effectifs,
- un suivi financier.

Nous constatons, hormis, l'évaluation des raisons des mouvements de personnels, que les indicateurs recherchés, quand il s'agit de contrôle de gestion, se basent sur la notion quantitative, cela semble une évidence en regard des DS ayant répondu à cette question.

Si 100 % des DS ont construit ou utilisent des outils d'aide à la décision dans leur gestion des personnels, donc plus centrée sur l'aspect qualitatif, nous nous posons la question de la performance du suivi sans outil de contrôle ?

- Comment avez vous organisé le recueil d'informations ?



En terme d'efficacité de gestion, et de suivi des données quantitatives ou qualitatives, les DS ont nécessairement besoin de recueillir l'information concernant les besoins et attentes afin de pouvoir y répondre en faisant des choix au milieu de diverses contraintes.

Nous remarquons que 36 % du recueil de l'information provient de l'encadrement donc au plus proche des personnels, à égalité avec la DRH, d'où proviennent des données plus officielles concernant la situation administrative des personnels.

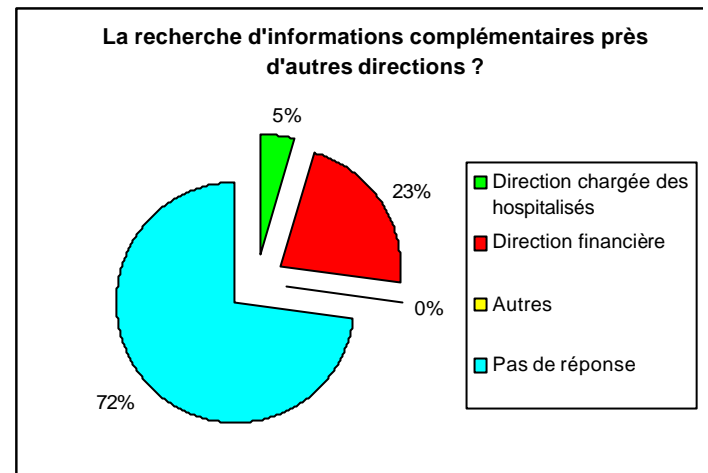
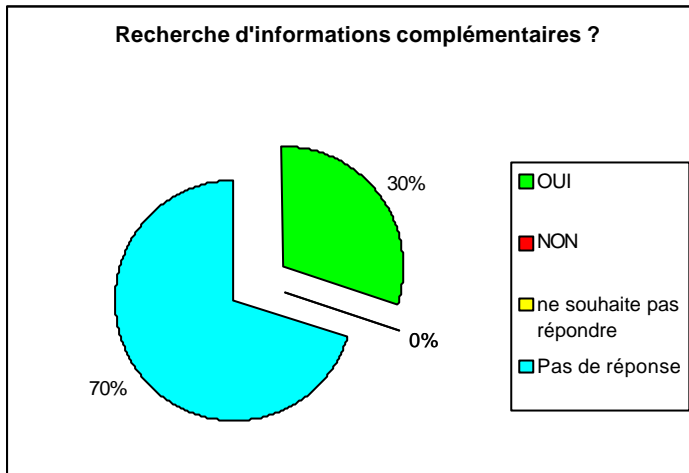
Nous pensons que cette égalité représente un équilibre judicieux en terme de gestion.

Les 4 % « autres » correspondent en l'étude des plannings, le suivi des vacances de postes, les fiches navettes et la lecture de documents institutionnels.

Nous remarquons que 24 % ne répondent pas à la question, nous supposons que le système d'information est structuré et n'appelle donc pas à une organisation spécifique de la part de la DS.

Néanmoins, une certaine perplexité s'instaure quand nous regardons les taux de non réponse aux questions essentielles, nous semble-t-il, de suivi ou contrôle de gestion !

- Quand vous analysez vos informations, recherchez-vous des informations complémentaires près des autres directions?



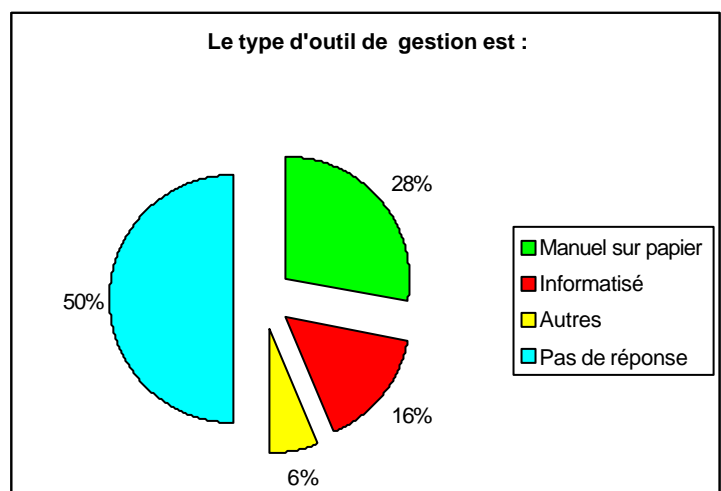
La perplexité s'installe, seuls 30 % des DS recherchent des informations complémentaires pour la gestion des personnels. 72 % de ces 30 % ne précisent pas le type d'information recherchée, contre 23 % vers la direction financière (données budgétaires) et 5 % vers la gestion des malades (activités des services).

Ce qui représente une recherche d'information complémentaire près des directions collatérales à environ 9 % au final.

Les précisions sur le type d'information concernent : le suivi financier des heures supplémentaires et des personnels de remplacement, le budget pour les annonces dans la presse, l'analyse des charges de travail et l'absentéisme, les liens avec le nombre de patients présents et le nombre de décès par exemple.

Nous constatons que la recherche d'information complémentaire est marginale et très centrée sur des situations spécifiques qui expliquent des éléments observés.

- Quel est votre mode de gestion ? :



Nous avons vu tout au long de ce questionnaire, l'hétérogénéité des situations au sujet de la gestion des personnels. Nous la retrouvons dans le type d'outil à disposition, 50 % ne répondent pas, 28 % utilisent une gestion papier, 16 % ont une gestion informatisée, 6 % ont d'autres outils sans préciser lesquels.

Il est à noter la satisfaction des utilisateurs d'une gestion informatisée, les outils permettent de « gagner du temps et de prévoir une certaine décentralisation (répartition annuelle et gestion des mensualités au niveau des cadres supérieurs) » ; peu de commentaires sur la gestion papier.

- Pouvez-vous préciser des points que vous voudriez voir améliorer dans cette gestion ?

Les seules réponses obtenues concernent la gestion de l'absentéisme et l'adaptation à l'emploi.

« Améliorer la gestion de l'absentéisme qui augmente et demande de plus en plus de remplacement avec la mise en place des 35 heures... Développer une adaptation à l'emploi plus efficace car la valeur du travail s'est modifiée, on travaille moins, avec une augmentation des temps partiels, la mise en place des 35 heures, et les malades voient défiler le personnel ... »

Nous comprenons à travers ces dires de DS, la complexité de la gestion des personnels, mais surtout pour nous, une insuffisante collecte de données cibles permettant une analyse approfondie des réelles causes de dysfonctionnement. Ce sont les raisons pour lesquelles, nous devons réfléchir à la manière de les traiter, voire de les anticiper.

2.2 ENTRETIENS DES DIRECTEURS DES RESSOURCES HUMAINES

Les entretiens ont été menés sur nos terrains de stages, sur nos lieux d'exercice antérieur et futur, et près d'un DRH ayant développé des outils de contrôle de gestion dans un CHU.

Les deux derniers entretiens ont été menés après l'analyse des questionnaires, ce qui nous a permis d'affiner notre réflexion.

2.2.1 La coopération DS / DRH

L'ensemble des DRH interviewés situe la politique GRH au niveau de la DRH avec une déclinaison au travers du projet social et d'établissement.

La place des DS se situe dans la gestion opérationnelle. Leur rôle est essentiel dans la cohérence de la politique GRH de par leur connaissance du terrain, et du maillage constitué par les cadres de santé.

Les DRH estiment la collaboration avec les DS indispensables sous réserve d'un partage de responsabilités clairement établi, dès le départ.

La responsabilité en terme de recrutement incombe à la DRH, si la délégation est donnée à la DS, cette dernière se doit de faire valider l'autorisation de recrutement en amont de la procédure mise en place.

Les possibilités d'emplois et les statuts concernant les recrutements sont décidés au sein de la DRH et négociés avec la DS pour les personnels dont elle a la charge.

L'élaboration de procédures, puis de protocoles concernant la GRH doit voir la participation du service de soin.

De même, la mise en œuvre d'une nouvelle législation, doit faire l'objet d'une étude conjointe.

Les DRH mentionnent leur attachement à un fonctionnement collégial pour ce qui concerne : le calcul et le suivi des effectifs du service de soins, les évaluations des personnels, l'allocation des mensualités de remplacement, la gestion des temps partiel, le plan de formation, le suivi de l'absentéisme, la gestion des carrières dans le cadre des promotions.

Les DRH ont tous précisé que la délégation de gestion avec leur DS était effective, avec un contrôle régulier de l'efficience par des rencontres régulières d'information et de mise au point réciproque, ainsi qu'un suivi des dépenses de personnel. Au cours des discussions que nous avons eues, il semble que le temps consacré par les DS à la gestion des RH devrait être évalué, car il semble trop important proportionnellement aux autres activités.

Il s'avère, au travers des entretiens qu'au final, la gestion des effectifs reste du ressort de la DRH, et la gestion des personnels à la DS.

Les relations de travail sont estimées satisfaisantes voire très satisfaisantes, à condition que les DS soient positionnés dans l'équipe de direction et n'aient pas un double langage dans leur gestion des personnels car le quantitatif et le qualitatif ne sont plus aujourd'hui opposables.

2.2.2 Outils d'aide à la décision des DS

En ce qui concerne les outils d'aide à la décision en matière de gestion l'ensemble des DRH se réfèrent à des tableaux de bord diversifiés, le plus important étant celui des emplois.

Les avis quant aux partages de ces documents sont divergents, nous retrouvons à égalité les DRH souhaitant l'utilisation des mêmes outils et celles qui ne le veulent pas.

Les raisons invoquées pour le partage des mêmes outils sont :

- Un document unique de référence est garant d'une gestion transparente,
- Il ne peut y avoir conflit entre les directions puisque chacun a l'information,
- Une meilleure compréhension des situations et peut-être une meilleure appropriation de la gestion par l'encadrement intermédiaire.

Les raisons invoquées pour ne pas partager les mêmes documents sont :

- La DS n'a pas forcément besoin des mêmes éléments ou indicateurs pour la GRH de son secteur,
- Le management des personnes nécessite probablement d'autres outils et d'autres sources d'information que ceux contenus dans les données chiffrées de la DRH.

Les points de vue complémentaires entre DRH et DS permettent une certaine efficacité dans la gestion des situations individuelles ou collectives et demandent des outils de suivi évolutifs, adaptables et donc différents ou identiques selon les contextes.

Les DRH mentionnent tous l'importance de la circulation de l'information, et restent très vigilants sur les outils à disposition, dans sa transmission, notamment dans le domaine qui nous concerne dans ce travail.

2.3 SYNTHÈSE DES INVESTIGATIONS

2.3.1 Politique GRH partagée

Serge Vallemont, cité en note n° 5, indique la difficulté de dégager une vision à moyen terme de la stratégie en matière de GRH ; une confusion entre les rôles du DRH et du manager d'équipe, et notamment, la nécessité de concevoir et mettre en œuvre une politique de gestion et de développement des RH, d'où la nécessité de créer et maîtriser des outils, tout en connaissant les théories qui les fondent.

L'enquête effectuée près des DS en Ile de France montre que la politique GRH est définie à 92 % dans les projets d'établissement, de même qu'elle est en pourcentage identique entre la DRH et la DS. Par contre, sa déclinaison au sein de la DRH ne l'est que dans 73 % des cas.

Les DRH précisent tous, que la déclinaison de la politique GRH est faite au travers du projet social.

Nous retrouvons donc, une politique GRH définie dans la quasi totalité des établissements interrogés.

Quant à la politique partagée entre la DRH et la DS, nous pouvons constater, tant du point de vue des DS que des DRH, qu'elle est effective, la complémentarité DRH/DS est un atout.

Néanmoins, nous constatons de part et d'autre des directions, des réticences centrées sur des difficultés relationnelles : « espace de divergence non régulé, les positions de pouvoir perturbent les relations, tout va bien si chacun respecte le territoire de l'autre ; à condition qu'il n'y ait pas de double langage dans la gestion des personnels de la part des DS. »

Les indices de satisfaction dans les relations de travail sont bons, mais conditionnés au respect du territoire de chacun à la loyauté et à un partage des responsabilités clairement établi dès le départ.

Nous pouvons donc déduire que la politique GRH, au sein des établissements est définie, partagée par les acteurs concernés par la GRH et, qu'une des priorités lors d'une prise de poste est de clarifier le rôle et les responsabilités de chacun des partenaires dans cette GRH.

2.3.2 Les outils d'aide à la décision

Au cours de ce travail, nous avons mis en évidence l'importance de l'information, la complexité des situations, l'obligation de prévision et, donc la nécessité absolue de connaître l'effectif de la DS et les personnes qui le composent.

Une de nos missions est de « participer à la gestion des personnels des activités de soins »... Or l'efficacité de notre participation passe par une analyse de gestion, donc par l'utilisation d'outils de traitement de l'information, de communication, d'analyse d'indicateurs et / ou de situation.

Jean René Le Doyen cité en référence en note n°12, indique le besoin d'indicateurs pour étayer ou peser sur les décisions institutionnelles, et regrette l'absence de démarche collective dans l'élaboration des tableaux de bord.

Ainsi que Bernard Matory, cité en note n°13, qui précise qu'un « système d'information n'est que le reflet du système de gestion. Les tableaux de bord sociaux visent à accomplir trois fonctions de système d'information : le cadran qui mesure, la vigie qui guette, le radar qui anticipe. »

Dans l'enquête, les DS indiquent une utilisation d'outils d'aide à la décision dans 100 % des cas, essentiellement basés sur une gestion qualitative. Ces outils sont les fiches de poste 35 % , les définitions de fonction 31 %, et les évaluations annuelles 24 %.

Concernant la gestion quantitative, nous retrouvons 27 % d'outils informatiques, 22 % de supports muraux, 19 % de tableaux de bord, et 23 % d'absence de réponse.

Nous ne retrouvons pas de difficulté mentionnée en regard de cette gestion, au travers de l'enquête, néanmoins seuls 20 % des DS ont des outils spécifiques de contrôle de gestion.

En regard des expériences vécues dans notre parcours et nos stages, nous sommes persuadés que la gestion du suivi et du contrôle de gestion reste entière. En effet ; pouvoir expliquer certaines décisions, préciser les résultats attendus, donner du sens, propos de Christine Bruno (note n°11), sont des attentes des collaborateurs ; participer à des décisions stratégiques pour l'établissement ; assurer une GPEC ; nécessitent d'une part, une connaissance approfondie des hommes et des femmes composant l'effectif, et d'autre part, celle des évolutions possibles qu'elles soient individuelles ou collectives.

Nous devons donc, être réactifs en permanence et mettre en place un système de vigie en choisissant des indicateurs pertinents.

3 - TRANSPOSITION DANS LE FUTUR POSTE

Lors de notre étude, nous avons constaté que :

- ↪ La gestion des RH est un domaine complexe en pleine évolution dans une société en mouvement perpétuel .
- ↪ Nombre de DS assument leur fonction gestion des RH de manière opérationnelle, mais que les DRH en assument la responsabilité.
- ↪ La performance, en matière de GRH, nécessite une collaboration étroite et loyale entre les DRH et les DS.
- ↪ Les outils de gestion, de suivi, d'évaluation sont indispensables, évolutifs, pour un pilotage cohérent et efficient.

Nous proposons à partir de la réflexion de ce travail, une transposition pour notre futur poste basée sur trois points : le partage de la GRH avec la DRH, une proposition d'outils de travail, une stratégie de mise en place.

3.1 LE PARTAGE DE LA GRH AVEC LA DRH

Nous avons vu tout au long de notre étude la complexité de la gestion des ressources humaines et de son partage. Les DRH et DS ont tous indiqué la nécessité de la complémentarité entre ces deux directions, ainsi qu'un partage clair des responsabilités.

Pour réussir notre prise de fonction, nous envisageons au cours du premier semestre, avoir une approche globale de l'établissement, définir avec la DRH le partage de la GRH, et décliner cette gestion au sein même de la DS.

3.1.1.1 Approche de l'établissement

La première étape de la prise de fonction est probablement la rencontre des personnes avec lesquelles nous travaillons régulièrement, et notamment, le service de la DRH, dans le cadre de cette étude, pour une coopération efficiente.

Les rencontres d'entrée de jeu, vont vers la ou le directeur des ressources humaines, les personnels d'encadrement du service de la DRH, d'administration, l'encadrement des soins ; une approche des partenaires sociaux nous semble indispensable.

Les objectifs de ces rencontres sont une connaissance des personnes et une vision des modes relationnels en vigueur dans l'établissement.

3.1.1.2 Connaissances des méthodes de travail et des outils à disposition

Après la rencontre des personnes, vient le recensement des méthodes de travail et des outils à disposition. Leur analyse permet la continuité des actions entreprises, la cohérence de fonctionnement et de mise en œuvre de la politique GRH.

L'appréhension des outils de travail permet l'appropriation des modes de fonctionnement, et des raisonnements qui les sous tendent, pour ensuite, les projeter sur le partage, au sein de la DS.

Les choix effectués correspondent à la finalité des outils, et notre expérience nous prouve que les indicateurs d'évaluation et de contrôle de gestion sont variables selon la position occupée, direction des ressources humaines ou, direction des soins.

3.1.1.3 Connaissance de la coordination au sein de l'équipe de direction

Repérer les modes de communication, les relations entre les membres de l'équipe de direction, et la place faite à la direction des soins, est une priorité pour la prise de poste afin de ne pas heurter les sensibilités individuelles.

L'étude de l'organigramme signifie clairement la place de chacun dans l'établissement.

Nous pensons ces préalables indispensables avant la mise en œuvre d'un partage de responsabilités, de propositions d'organisation de travail et de construction d'outils de pilotage.

3.1.2 Définition du partage de la GRH entre les DRH et DS

3.1.2.1 La politique

Notre approche commence par l'étude du projet d'établissement et des orientations prises en matière de GRH au travers du projet social, puisque c'est dans ce document qu'elle est principalement exposée, pour ensuite, discuter de la philosophie sous jacente avec le directeur des ressources humaines.

Par une rencontre des deux directions, nous définissons notre collaboration, nos méthodes de management, la circulation de l'information, et posons les principes de base à un fonctionnement loyal.

3.1.2.2 Les outils partagés

Après avoir posé les principes de base d'un fonctionnement, vient l'exploration des outils de suivi, de pilotage dans ce domaine.

Nous analysons nos besoins en regard de la collaboration définie, et proposons le partage des outils nécessaires aux deux directions dans le but de ne pas travailler en « doublon ».

Dans la mesure du possible selon les contextes, nous envisageons le développement d'outils au sein de la DS que nous mettons à la disposition de la DRH pour une transparence de fonctionnement, et une meilleure efficacité.

3.1.2.3 Les rôles de chacun

Nous sommes persuadés que l'entente sur la politique et le partage des outils amènent à éclaircir la position de chacun dans un cadre de fonctionnement prédéfini.

Même si les référentiels métiers ne sont pas clairement établis, les « écrits » concernant le domaine de la DRH et de la DS laissent une grande autonomie aux personnes pour se projeter dans un mode de fonctionnement. C'est à partir de l'intelligence des individus et de leur professionnalisme que cette gestion sera efficace.

3.1.3 Déclinaison de la GRH au sein de la DS

3.1.3.1 L'organisation

Si nous avons défini avec la DRH la politique GRH, et la philosophie qui la sous-tend, l'animer dans ses différentes dimensions, nécessite de piloter et maîtriser une certaine décentralisation de l'administration auprès des personnels d'encadrement.

Nous devons garantir la cohérence de la mise en œuvre de cette politique, donc développer l'évaluation et le contrôle, et pour cela, assurer une gestion personnalisée de l'encadrement supérieur.

3.1.3.2 Les acteurs

La direction des soins pilote la GRH du secteur des soins et transmet son bilan au contrôle du directeur des ressources humaines.

La déclinaison de cette administration, avant le management des individus, est opérationnelle près des cadres supérieurs et de proximité. Elle passe par l'animation du groupe professionnel responsable des ressources humaines et la mise à disposition de notre expertise dans ce domaine.

3.1.3.3 Les outils

La GRH peut être partagée à condition qu'elle réponde au contrôle des responsables qui l'ont en charge.

C'est une des raisons pour laquelle le développement d'outils de suivi et de contrôle est indispensable. Car en plus d'apporter des éléments de réponses en regard des indicateurs choisis, ils permettent d'évaluer l'efficacité de la décentralisation.

3.2 UNE PROPOSITION D'OUTILS DE TRAVAIL

Théoriquement abordé dans le chapitre précédent, nous avons besoin d'outils de pilotage pour prendre des décisions, ou simplement pour éviter la fuite de temps par l'éparpillement au travers des multiples missions qui sont les nôtres. Nous proposons donc, différents tableaux de bord conçus pour notre futur poste.

3.2.1 Les documents partagés par la DRH et la DS

3.2.1.1 Le tableau des effectifs temps plein de la direction des soins

Le tableau des emplois est partagé par 42 % des DRH et DS dans la cadre de notre étude, mais n'est le document de référence que pour 24 % d'entre eux.

Le tableau que nous proposons n'est pas celui des emplois, il est un récapitulatif du nombre d'emplois budgétés par service et par catégorie professionnelle.

Cette synthèse est effectuée à partir du tableau des emplois permanents de l'établissement, et des documents de travail existants à la direction des soins.

La validation de ce tableau est faite annuellement, par une réunion de travail entre la DRH et la DS, qui vérifient chacun la concordance des chiffres et / ou qui corrigent les données compte tenu des évolutions de l'institution.

C'est le document de base pour assurer un contrôle de la gestion des effectifs tout au long de l'année N. Il permettra après plusieurs exercices de suivre l'évolution des effectifs.

C'est une conception simple ; nous avons utilisé le tableur Excel.

En abscisse, nous trouvons les services par leur dénomination usuelle dans l'établissement ; en ordonnée, nous avons inscrit les catégories professionnelles gérées au sein de la direction des soins.

Ensuite, chaque case est remplie par le nombre d'emplois budgétés, qui correspond d'une part, à la catégorie professionnelle, et d'autre part, à l'affectation du service.

Les totaux en abscisse indiquent le nombre d'emplois par catégorie professionnelle ; en ordonnée, il s'agit du nombre de postes budgétés par service.

Les calculs se font automatiquement par la somme des cellules, par ligne et par colonne.

Ce tableau reste en mémoire dans un dossier intitulé : Effectifs DS. L'impression papier est le document disponible et facilement utilisable. (tableau non publié)

3.2.1.2 Le tableau de suivi des emplois par unité fonctionnelle ou service

Ces tableaux permettent un suivi des effectifs sur le plan des individus, affectation nominative sur les postes budgétés, et un suivi quantitatif par la conception d'un tableau de calcul automatique des postes à partir des effectifs.

Le tableau nominatif indique le service, selon la dénomination utilisée dans le tableau précédent.

La première colonne n°1, est une suite chiffrée permettant une vision rapide du nombre de postes, notamment pour la version papier.

La colonne n°2, indique le nombre de postes budgétés (ou autorisés) en unité selon la catégorie. Cette colonne sert pour le calcul automatique de la colonne n°14, qui donne par catégorie le nombre total de postes autorisés.

Le choix de l'unité pour la colonne n°2 a été fait pour faciliter la manipulation de l'outil en cas de modification des effectifs, en regard des évolutions de service. Il suffit de supprimer le nombre ou d'en ajouter dans une ligne libre, et ainsi le calcul des postes autorisés se modifie automatiquement.

La colonne n°3 a été ajoutée suite à un test effectué sur notre établissement de recrutement. En effet, nous avons une dénomination de service, mais avec, parfois, plusieurs unités fonctionnelles pour les affectations, et donc, une certaine perte de temps dans la recherche de cohérence par confusion de terminologie.

Nous avons proposé d'indiquer l'affectation principale du poste par le numéro de l'unité fonctionnelle, ce qui a le mérite d'éclaircir les situations.

Cette colonne est couplée à la n° 4, numéro de poste, en effet, la DRH notifie un numéro à chaque poste budgété (cette pratique a été observée dans 3 établissements), donc, nous avons opté pour intégrer ce numéro dans notre outil de travail pour la cohérence entre les directions.

Les colonnes n° 5, 6, et 7 représentent le grade, l'identité, et le statut de l'agent. La colonne n°5 sert au calcul de la colonne n°16 (nombre d'agents), et concerne le nombre de personnes physiques dans l'unité fonctionnelle. Ce qui permettra dans l'évolution de l'outil de regarder les perspectives de l'emploi à temps partiel.

Le statut est précisé, car dans notre gestion, une attention particulière est portée sur l'absentéisme et son remplacement.

La colonne n°8 indique le pourcentage de rémunération des agents en regard de leur quotité de travail, les totaux par catégorie se situent dans la colonne n°15. Ces indications servent dans la négociation des compensations de temps partiels avec la DRH.

Les colonnes n° 9 et 17 indiquent les pourcentages de temps travaillé.

Les colonnes n° 10 et 18 précisent les absences longues, notamment les congés longue maladie, les congés longue durée, les études promotionnelles, les congés parentaux, celles qui nécessitent des remplacements, à négocier selon les possibilités de l'institution.

Ces indications permettent d'orienter nos prises de décisions, notamment en matière de gestion du service de suppléance, d'avis concernant l'accord ou non des temps partiels, les accords ou les reports d'études promotionnelles, par une vision objective des situations.

La colonne n° 11 indique l'année de naissance et permet les projections de départ à la retraite.

La colonne n°12 permet de noter des renseignements professionnels facilitant notre gestion et la mémoire des situations .

Les colonnes n°19 et 20 calculent automatiquement les écarts entre les postes budgétés (autorisés), et d'une part, ceux effectivement rémunérés, et d'autre part, ceux réellement aux postes de travail.

Ces colonnes sont des indications précieuses pour les prises de décisions concernant les mouvements de personnels, les remplacements, l'octroi ou non de paiement d'heures supplémentaires, et leur argumentation près de la DRH.

Le tableau n° 21 permet d'inscrire les orientations prises et, ainsi, assurer une cohérence de gestion, une continuité des actions, une mémoire des situations.

Ces trois tableaux servent pour une gestion par unité fonctionnelle. Ils sont enregistrés dans une page Excel. Toutes les unités fonctionnelles, page par page sont intégrées dans un classeur unique.

Afin de faciliter l'utilisation de cet outil, nous avons effectué un collage par lien hypertexte et, mis en place en première place un index classant toutes les unités fonctionnelles. Cet index nous permet d'aller consulter directement l'UF concernée.

Ensuite nous souhaitons en terme de gestion globale avoir rapidement connaissance des différentes situations d'emploi, pour être pertinent dans notre gestion, nos prises de décisions et nos argumentations envers nos partenaires.

Nous avons donc, créé un récapitulatif général des situations en collant comme lien hypertexte, puis en liaison, tous les tableaux (colonnes 13 à 20 ; ligne : totaux 1) sur une seule feuille.

Ensuite, à partir de tous les tableaux, nous avons effectué, selon le même modèle, les totaux généraux par ligne et par colonne, ce qui nous donne les résultats à la direction des soins.

Toutes ces indications nous permettent d'avoir une vision globale de l'emploi du secteur soin, d'avoir accès rapidement à une information sur la situation d'une UF, voire sur une situation individuelle.

Cet outil a été conçu pour la DS, mais sera mis à disposition pour la consultation de la DRH, via un serveur informatique et, selon des modalités précises d'accès.

Nous travaillerons ultérieurement pour une mise à disposition toujours en consultation, mais avec possibilité d'échange d'information vers les cadres supérieurs et, de proximité pour les secteurs qui les concernent.

La première étape sera une mise à disposition en version papier. (tableau non publié)

3.2.2 Les tableaux de bords utiles à la gestion prévisionnelle

3.2.2.1 Le tableau de prospection des mouvements

Ce tableau a été établi à partir de l'enseignement dispensé à l'ENSP en matière de GRH, notamment de la documentation fournie et, plus précisément du livre cité en note n°10.

Nous sommes partis des tableaux existants et avons modifié quelques données pour qu'il soit un outil de gestion globale, couplé au suivi individuel des mouvements, permettant d'une part, la prospection, et d'autre part, l'élaboration d'un récapitulatif annuel de mouvements à intégrer dans le rapport d'activités.

Elaboré pour le suivi mensuel et annuel des entrées et des sorties des personnels, il sera utilisé selon les cas au vu du nombre total d'agents dans la catégorie concernée. En effet, selon la situation de l'établissement, nous n'envisageons pas un tel outil pour un nombre inférieur à trente individus.

En abscisse, nous indiquons les mois et les années. Nous avons choisi de démarrer l'outil sur une période de trois ans, sachant que nous pouvons l'étendre à dix ans voire plus.

(tableau non publié)

3.2.2.2 Le tableau des postes vacants

Inspiré de plusieurs outils de travail sur notre lieu d'exercice et nos terrains de stage, nous avons, en partenariat avec un cadre supérieur infirmier, travaillé sur des maquettes nous permettant un suivi individuel des mouvements et des vacances de poste.

Nous avons choisi de tout indiquer sur un seul tableau et une impression de l'ensemble d'une situation sur une seule feuille.

Cet outil de suivi est informatisé, mais dans la gestion quotidienne, c'est la version papier qui est utilisée. La mise à jour est faite une fois par semaine.

La version papier reste la mémoire.

Lorsque le mouvement est totalement effectué, il disparaît de ce tableau, et, est intégré dans le tableau de suivi des effectifs.

Cet outil ne sert qu'aux responsables chargés du recrutement, c'est un document unique de centralisation de l'information. Il est consultable à la DS, par les cadres supérieurs et remis chaque semaine à la DRH. C'est un outil fonctionnel. (tableau non publié)

3.2.3 Tableaux de bord utiles au suivi de l'activité

Les tableaux de bord proposés dans ce chapitre peuvent, au travers du suivi de l'activité, permettre une projection après l'analyse rétrospective des données.

3.2.3.1 Tableau de suivi de la DS du temps passé au recrutement, des moyens mis en œuvre, et des résultats obtenus

Le tableau de suivi du temps passé de la DS au recrutement, des moyens mis en œuvre et des résultats obtenus, a été conçu pour apporter des réponses aux partenaires nous interrogeant régulièrement sur nos actions concernant ce domaine. Cet outil, dont l'aide à la décision est très limitée, permet également d'identifier la charge de travail de la DS pour l'intégrer dans le rapport d'activité.

En effet, notre exercice se situera en Ile de France, où nous vivons la pénurie de professionnels au quotidien, et devons parfois prendre des mesures drastiques pour assurer la continuité des soins.

Nous voulons aussi mettre le doigt sur le temps consacré au recrutement, qui nous semble aujourd'hui occupé plus de 50 % de notre temps ; et à partir d'indicateurs vérifiables, réfléchir à d'autres modes de fonctionnement afin d'assumer pleinement les autres missions incombant à la DS ; mais aussi, évaluer le temps nécessaire à un recrutement effectif.

Nous avons donc, sélectionner comme indicateurs les moyens de premier contact, nous pouvons ainsi évaluer l'impact de coût de publication des offres d'emplois, par exemple.

Ensuite les catégories professionnelles, et plus particulièrement, celles représentées en nombre au sein de la DS, et sur lesquelles se portent aujourd'hui la pénurie.

Puis nous indiquons le traitement des contacts : classement sans suite, prise de rendez-vous, entretiens avec la DS, le nombre et le temps passé, de même qu'avec les cadres ; les avis de la DS, la date de réponse envisagée par la personne en cours de recrutement, la réponse, et la date effective de prise de fonction.

Enfin, nous proposons de préciser le type de contrat et des commentaires si besoin est.

Toutes les cases de ce tableau se remplissent avec un « x », quand la réponse est positive en regard de l'indicateur posé. La colonne spécialité est renseignée selon les sigles usuellement utilisés : IBODE, IADE, PUER, PSY.

Les cases consacrées au temps sont renseignées en minutes.

Les avis en F pour favorable, en D pour défavorable.

Les totaux de la dernière ligne du tableau sont effectués de manière automatique, chaque « x » comptant pour un ; les spécialités sont comptabilisés en fonction de leur sigle ;

les réponses quant à elles, le sont par oui ou non ; du côté des avis, la formule de calcul automatique repère le « F » ou le « D » ; du côté des réponses, la formule prend en compte « O » ou « N ».

La perspective de ce tableau est un suivi mensuel avec mise à jour systématique, à partir des dossiers individuels de recrutement chaque jour, ou chaque semaine.

Le total du mois sera mis dans un tableau récapitulatif annuel, ainsi nous aurons des réponses objectives à apporter à nos partenaires et des éléments indiscutables qui pourront être intégrés dans nos rapports d'activités. (tableau non publié)

3.2.3.2 Tableau récapitulatif mensuel des absences au poste de travail

Ce tableau est conçu pour visualiser l'absentéisme à posteriori, et préciser des indicateurs permettant d'aider la prise de décision en matière de prévisions de remplacement, que ce soit par des recrutements temporaires ou par l'affectation des agents composant le service de suppléance ou encore d'autres solutions.

Couplé au tableau de suivi des emplois par service, il permet de comparer l'effectif disponible, l'absentéisme et par conséquent, un contrôle de la gestion de proximité.

En abscisse, nous retrouvons les services, les catégories professionnelles. La nuit, est indiquée en totalité, car dans notre établissement, elle est gérée séparément du jour.

En ordonnée, nous avons noté l'effectif temps plein autorisé, puis le besoin mensuel, c'est à dire, l'effectif nécessaire pour assurer les soins, le besoin mensuel est, ici, défini sur une base de quatre semaines définissant le cycle de travail. Il a été calculé en fonction du recensement des besoins en effectifs, en situation normale et en situation de grève courte et longue, effectuée par la DRH.

La marge de manœuvre correspond au différentiel entre la possibilité de travail des agents, repos hebdomadaires déduits, et les besoins en effectifs du service. Nous sommes dans ce suivi sur une notion de jour, donc de fonctionnalité. Ce qui donne, soit une image à un moment donné si ce document est utilisé ponctuellement, soit des indications à posteriori qui permettent d'expliquer les situations rencontrées, soit une évaluation annuelle qui permettrait d'enclencher une réflexion sur le sujet à partir d'indicateurs vérifiables.

L'indication « absences » comptabilise automatiquement la totalité des colonnes indiquant le nombre de jours d'absence par indicateurs renseignés et, par ligne, donc, par catégorie professionnelle.

La colonne « écart » mesure la différence entre la marge de manœuvre et la totalité des absences.

Les colonnes « RH,RC, RCHS » sont renseignées automatiquement pour les « RH », manuellement pour les autres, elles ne sont données qu'à titre indicatif, et permettent éventuellement un contrôle rapide de gestion de planning.

Les colonnes « Heures supplémentaires, accordées, refusées, pool de suppléance » sont du ressort de la DS, renseignées et totalisées en fin de ligne comme toutes les autres colonnes ; elles deviennent un outil incontournable de contrôle de gestion.

La case « commentaires » permet de noter des informations pour comprendre les décisions d'accord ou de refus d'heures supplémentaires

Ce tableau est renseigné par les cadres de proximité, transféré aux cadres supérieurs, et à la DS, via un serveur informatique.

L'ensemble reste une gestion de la DS qui contrôle et mène des actions en regard des résultats.

Un récapitulatif mensuel est transmis à la DRH, qui a accès aux informations en permanence via le serveur.

Le récapitulatif annuel fait l'objet d'un chapitre au sein du rapport d'activité pour les actions mises en œuvre en regard des problèmes soulevés.

Nous pouvons aussi utiliser ce tableau pour une demande ponctuelle de remplacement par paiement d'heures supplémentaires, ou appel à l'intérim, ou d'autres solutions ; ce document devient, alors, l'outil d'aide à la décision parce qu'il contrôle la gestion opérationnelle des plannings à un instant « T », en donnant des informations précises sur cet instant « T ». (tableau non publié)

3.2.4 Tableaux de bord facilitant une gestion globale

3.2.4.1 L'outil de calcul des effectifs

Notre expérience nous a montré une diversité des modes de calcul du temps de travail. Cette diversité entraîne discussion, polémique, et parfois, discordance.

Nous pensons que disposer d'un outil commun pour le calcul des effectifs, en regard des quotités de travail hebdomadaires nécessaires, et des temps annuels de travail des agents, permet la transparence et l'équité entre service. Les discussions au sujet des effectifs interviennent alors, sur les problèmes de personnel, et nous sommes donc là dans l'autre dimension de la gestion : le management.

Le tableau proposé est inspiré du travail effectué par Jean René Ledoyen, cité en note n° 12, et des calculs utilisés lors de notre participation à la mise en place des 35 heures dans notre établissement.

Nous avons répété un « copié – collé » sur le tableur « excel » deux fois sur la même grille de calcul, afin d'obtenir sur une seule feuille les infirmiers, les aides soignants, et les agents de service hospitalier. Nous pouvons envisager une extension à d'autres personnels, mais ce choix correspond à la quotité la plus significative pour les services de soins.

La case « effectif théorique disponible » indique le nombre d'effectif temps plein autorisé (budgété) pour le service de jour puis de nuit ; et, le nombre total d'heures théoriques effectuées annuellement. C'est une approche, elle ne tient pas compte d'un éventuel calcul régulier de charge de travail.

Le calcul annuel se fait automatiquement, il correspond au nombre d'agents multiplié par le nombre annuel d'heures prescrit par la législation.

La deuxième partie du tableau correspond au besoin journalier d'effectifs pour assurer qualité et continuité des soins et, ce par catégorie professionnelle. En bas de chaque colonne, sont indiquées en heures le besoin annuel, c'est un calcul automatique du nombre de personnes multiplié par 52, et multiplié par la durée moyenne quotidienne de travail de jour, puis de nuit, soit dans ce cas : 7,75 h pour le jour et 10 h pour la nuit.

Ensuite les dernières colonnes indiquent la somme des besoins pour la semaine, puis de la conversion en heures annuelles. Cette conversion doit correspondre à la somme des totaux effectuée en bas de chaque journée, elle est conçue pour vérifier la concordance, donc éviter les erreurs.

Enfin arrive en dernière colonne, le calcul du nombre de poste nécessaire, il s'agit donc du total d'heures nécessaires annuellement, divisé par le nombre d'heures effectuées annuellement par un agent. Le calcul ne prend pas en compte l'absentéisme au poste de travail en dehors des congés légaux.

Les lignes « écarts jour et nuit » se calculent automatiquement. Il s'agit de la différence entre le besoin exprimé en heures annuelles, et le nombre d'heures annuelles que peut fournir l'effectif théorique. Nous observons ainsi les éventuelles marges de manœuvre ou les insuffisances.

La vigilance doit être portée sur le besoin en effectif journalier car, hormis, les services de réanimation, de soins intensifs cardiologiques, et de périnatalité, il n'existe aujourd'hui pas de « quota » de fonctionnement.

Ce calcul d'effectif en regard du temps de travail permet la référence commune au sein de l'établissement, et nous permet de calculer l'impact des 35 heures sur les effectifs.

(tableau non publié)

3.2.4.2 Tableau de suivi individuel

Ce tableau de suivi individuel est un tableau nominatif par catégorie professionnelle. Les six premières colonnes sont identiques aux colonnes 6 à 11 du tableau de suivi des emplois par service. Nous avons effectué un « copié – collé » d'un classeur Excel à l'autre, pour éviter une nouvelle saisie des données.

Ensuite sont indiqués le service d'affectation, les compétences spécifiques, le projet professionnel. Pour ces deux dernières colonnes, nous indiquons un mot significatif pour la compétence comme pour le projet professionnel. Puis nous pouvons, grâce à l'outil informatique, insérer dans ces cases un commentaire masqué.

En effet un petit triangle rouge, en haut à droite de la case, indique la présence d'un commentaire, il est lisible en plaçant le curseur dessus via la « souris ». Cette manœuvre permet de préciser les données professionnelles sans alourdir le tableau.

La colonne suivante précise le positionnement de l'agent sur une équipe de jour ou de nuit, la suite des colonnes correspond aux thèmes de formation obligatoire puis choisis. Les renseignements portés sur les lignes correspondent à l'année pendant laquelle la formation a été suivie, sur la durée prévue du projet de soins ; il est toujours possible d'insérer un commentaire.

Les données des dernières colonnes sont fournies par le service de formation continue de la DRH, et, sont renseignées aujourd'hui manuellement.

L'évolution de l'outil sera peut-être une interface avec le service de formation continue pour éviter les saisies en doublon.

Ce tableau est complémentaire des autres parce que nominatif, il est plus simple de retrouver des éléments professionnels pour un agent, par son identité.

Le logiciel Excel permet, à partir de la première colonne, de classer instantanément les agents par ordre alphabétique, c'est le choix que nous faisons.

De même, si nous voulons extraire des données, nous pouvons sur la première ligne poser les filtres automatiques et, trier rapidement les éléments recherchés.

Nous pouvons également choisir des données cibles et, insérer une formule automatique pour visionner d'emblée une donnée. Par exemple, nous avons sélectionné la cible : projet cadre, avec un calcul du nombre d'infirmiers en regard de cette cible.

Quant à l'utilisation des filtres automatiques, ils permettent de répondre en moins de cinq minutes, à une question du type : Quels sont les infirmiers de « Med 1 » qui ont été formés à la pratique de la transfusion sanguine ?

La première sélection se fera sur le service, la seconde sur la formation, et la troisième sur l'année.

Cet outil est donc, de notre point de vue, un outil de gestion administrative qui nous donne suffisamment d'éléments pour contrôler la mise en œuvre d'une partie du projet de soins infirmiers et, probablement de développer les modes de management au sein de l'institution. (tableau non publié)

3.3 UNE STRATEGIE DE MISE EN PLACE

3.3.1 Validation des outils par le (ou la) directeur des ressources humaines

Tous les outils proposés ont été conçus à partir de la connaissance que nous avons de l'établissement de notre exercice professionnel.

Ce type d'outils centrés sur l'administration des personnels affectés au service des soins, font l'objet d'une validation du directeur des ressources humaines. En effet, comme nous l'avons vu tout au long de notre étude, la DRH a la responsabilité totale de la GRH sur l'établissement, et la DS sur une partie du personnel.

C'est ainsi de notre point de vue, la transparence de fonctionnement, la loyauté qui permet de travailler efficacement et, peut être d'amoindrir les zones de conflits potentiels que certains DS mentionnent : « il existe une zone de difficultés et parfois des espaces de divergences non régulés » ; « Dommage que les positions de pouvoir perturbent les relations » ; « tout va bien si chacun respecte le territoire de l'autre ».

3.3.2 Partenariat avec le service informatique

Si la conception des outils est faite à partir des enseignements de l'ENSP, elle l'est pour partie élaborée sur le tableur « excel » pour simplifier leur utilisation et permettre la décentralisation du recueil des indicateurs de pilotage.

Nous devons donc travailler en partenariat avec le service informatique pour la validité du travail.

En effet, les connaissances concernant le parc d'installation des postes informatiques, les réseaux en place, la mise en œuvre de serveurs et des procédures d'accès sont des conditions indispensables à la mise en place des outils.

En projection, nous pouvons envisager une extension des possibilités sur les outils proposés ou, travailler à la recherche de progiciels plus spécifiques.

3.3.3 Centralisation, décentralisation et formation

La validité et la technicité permettent l'utilisation des outils, l'étape suivante reste le recueil des indicateurs en temps réel, et l'adhésion des cadres. La décentralisation de gestion est nécessaire pour une appropriation par les cadres de proximité.

D'une part, ce mode de fonctionnement permet de responsabiliser les cadres de proximité, et d'autre part, d'harmoniser les pratiques de gestion, par un contrôle du suivi des

indicateurs au niveau d'une centralisation vers l'encadrement supérieur, puis vers la direction des soins ; avec en finalité, le développement du management des hommes.

Nous pensons travailler avec l'encadrement pour présenter et développer les outils et leurs utilisations, puis pour les faire évoluer. Ceci dans le but de fédérer les cadres et les amener à s'approprier la politique de gestion de l'institution.

La prise en charge du groupe cadre doit permettre l'évaluation des différents niveaux de compétences en matière d'utilisation des outils informatiques et la négociation de formations adéquates. Cette dimension prend alors un rôle essentiel à la réussite d'une implantation.

3.3.4 Evaluation et évolution

Si la décentralisation de gestion et son contrôle sont effectifs, l'évaluation reste régulière, mais le bilan annuel fait l'objet d'un chapitre dans le rapport d'activité annuel de la direction des soins.

L'évolution des outils se fera automatiquement par une réflexion menée sur chacun des indicateurs recherchés, et par un recul suffisant sur l'analyse des tableaux de bord au fil des mois ou des ans.

Nous espérons à terme pouvoir utiliser un progiciel de gestion suffisamment complet et rapide pour les réponses à une requête, ce qui nous permettra de piloter en toute visibilité et de pouvoir nous centrer sur le développement de modes de management plus individuels.

CONCLUSION

Notre question de départ était d'appréhender la gestion des ressources humaines et de connaître les outils de gestion et d'aide à la décision dans ce domaine au sein d'une direction des soins.

Cette question est devenue primordiale en regard des évolutions du monde dans lequel nous naviguons, développement de la société, choix politiques, orientations sanitaires, contexte en perpétuelle mouvance.

Nous avons compris au cours de ce travail la signification de la gestion des ressources et celle des hommes. En effet, cette étude nous a montré toute la complexité de la gestion des ressources humaines par :

- ↵ La différence entre la gestion administrative des effectifs et le management des hommes,
- ↵ Une nécessaire complémentarité des directions, avec un fonctionnement intimement lié,
- ↵ Une absence de référentiel métier DRH et DS,
- ↵ Le besoin d'échange des informations concernant la GRH,
- ↵ Un partage limité des outils de travail,
- ↵ La nécessité d'avoir des outils de pilotage,
- ↵ Le partage négocié et contrôlé de la GRH par la décentralisation,
- ↵ L'évolution obligatoire vers une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

C'est à partir des documents de travail et de l'enquête que nous avons pu faire les liens entre la direction des ressources humaines et la direction des soins et, proposer des outils permettant de travailler autour d'indicateurs pertinents dans notre contexte professionnel.

Ces outils présentent un triple avantage :

- ↵ Ils permettent un pilotage clair par l'utilisation d'indicateurs choisis, donc d'améliorer les processus de réflexion décisionnelle,
- ↵ Une transparence de fonctionnement, un langage commun, une efficacité, un partenariat loyal avec le directeur des ressources humaines,
- ↵ La possibilité de décentralisation vers les personnels d'encadrement avec une responsabilisation des acteurs.

Au total, nous avons préparé au cours de ce travail notre prise de fonction par la mise en place d'outils de gestion administrative, et cheminé dans notre projet professionnel, pour le développement d'outils complémentaires dans le domaine de la qualité des soins.

Mais l'essentiel pour nous aujourd'hui est de décentraliser les outils de gestion tout en gardant le contrôle, pour centrer notre action sur le management des hommes, et véhiculer le sens de nos actions.

Bibliographie

Jean René LEDOYEN

Des tableaux de bord au rapport d'activité, pour une dynamique de la décision et de la motivation du service infirmier

ENSP/IG/1995

Guide du service infirmier N° 3

Série Organisation et gestion du service infirmier

Documents relatifs au fonctionnement du service infirmier, outils méthodologiques

Année :

ANAES

Manuel d'accréditation des établissements de santé

Chapitre II Management et gestion au service du patient

Etablissements publics de santé

Guide de Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'état à la santé, Mars 1998

Roselyne VASSEUR

Objectif Soins, décembre 2001 N° 101, dossier Pénurie, p19 à21

Conditions de travail, organisation et qualité des soins

Josette HART

Cahier de gestions hospitalières, février 2000 N°159, Management, p122 à127

Positionnez-vous!

Catherine DUBOYS FRESNEY

Techniques hospitalières, juin 1998 N° 627, Soins infirmiers, p33 à37

Réflexions sur la fonction de directeur du service de soins infirmiers

Myriam HUBINON

Management des unités de soins

De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité

Editions Savoir et Santé, Bruxelles, 1998

Jean Richard SULZER

Comment construire des tableaux de bord

Editions DUNOD Entreprise, Paris, 1985

Serge VALLEMONT

La gestion prévisionnelle des effectifs des emplois et des compétences dans les trois fonctions publiques

Gestion publique , BERGER LEVRAULT , Paris, 1996

Danielle VILCHIEN

Vers une gestion des ressources humaines de plus en plus partagée

Informations sur les ressources humaines à l'hôpital N°15 Novembre 1998

Actualité de la Sous Direction

Bernadette DUARTE

Cadre supérieur / cadre de proximité : duel ou duo ?

Gestion des plannings prévisionnels

Objectif soins N°102 Janvier 2002

Guy LE BOTERF

De quel concept de compétence avons nous besoin ?

Dossier : les compétences, de l'individuel au collectif

Soins Cadres N°41 Février 2002

Odile DERENNE, André LUCAS

Le développement des ressources humaines

Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière

Editions ENSP Rennes 2002

**P.L. BESCOS - Ph. DOBLER - C. MENDOZA – G. NAULLEAU – F. GIRAUD –
V. LERVILLE ANGER**

Contrôle de gestion et management

Guide des techniques et de la décision, 4^e édition, Paris 1997

Dominique GENELOT

Manager dans la complexité

Réflexions à l'usage des dirigeants

INSEP CONSULTING Editions, Paris 2001