

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil Val-de-Marne



Politique managériale : à l'heure de la délégation de gestion

*Préparer une délégation de gestion
des moyens de remplacement du personnel paramédical
dans les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor*

Julien POUVESLE

MTMOS
2013-2014



Sommaire

Introduction	3
La commande	4
I. réforme hospitalière et délégation de gestion	8
A. Aspect législatif et réglementaire	8
1. De 1970 à 2009 : la maîtrise des dépenses	8
2. Gouvernance et contractualisation interne de 1984 à nos jours	8
B. Configurations organisationnelles et décentralisation	12
1. Facteurs de contingence et paramètres de conception	12
2. Les configurations organisationnelles	13
C. Le concept de délégation	15
1. Principe de subsidiarité et principe de suppléance	15
2. La décentralisation et ses trois formes	16
3. Délégation de gestion et délégation de signature	18
a) Le contrat de pôle	19
b) Pilotage de l'activité et contrôle de gestion	21
c) Revue de gestion et dialogue de gestion	23
D. Le rapport de l'I.G.A.S. de février 2010	25
E. La culture médico-économique	26
1. Chef de pôle et culture médico-économique	26
2. Cadres de santé et contrôle de gestion	27
II. La gestion des remplacements des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor	30
A. La gouvernance à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris	30
1. La décentralisation est relative	31
B. Les Hôpitaux Universitaires Henri MONDOR	32
1. La situation financière est stable	33
2. La masse salariale est maîtrisée	34
3. La centralisation est importante	34
1. Le pouvoir	35
C. Les pôles	37
1. Présentation	37
2. Schéma d'encadrement	39
3. Délégations déjà mises en œuvre	40
4. Les pôles entre déresponsabilisation et incapacité d'agir	41
a) Maturité et compétence des pôles	41
b) Moyens de gestion et déresponsabilisation	43
D. La gestion des remplacements	44
1. Objectif	44
2. Moyens de remplacement	45
a) Les équipes de suppléance	45
b) L'intérim	49
c) Les heures supplémentaires	49
d) Le personnel contractuel	50
3. Organisation des bureaux des remplacements dans le G.H.	50
4. Complexité du processus et difficultés de pilotage	52
a) Processus de gestion des remplacements	52
(1) Complexité du processus	52
(2) Cartographie des compétences	54

(3) Caractéristiques du contrôle _____	54
b) Les difficultés du pilotage _____	56
(1) Illustration de défaillances de pilotage _____	56
(2) L'organisation du contrôle de gestion et le dialogue de gestion _____	57
(3) Système d'information R.H. _____	58
(4) Complexité du pilotage et théorie de la contingence. _____	59
III. Préparation de la délégation de gestion _____	61
A. Les actions mises en œuvre et état d'avancement _____	61
1. Les bases d'une communauté de pratiques _____	61
a) Le développement d'une culture commune _____	62
(1) Les cadres de suppléance _____	62
(2) Les cadres référents R.H. des pôles _____	64
b) Un outil de développement des compétences _____	64
2. L'élaboration du tableau de pilotage _____	65
a) Objectifs _____	65
b) Méthodologie _____	66
(1) Elaboration en partenariat _____	66
(2) Calendrier _____	68
c) Le choix des indicateurs _____	69
d) La validation des indicateurs _____	71
e) Les sources de données _____	71
f) Alimentation du tableau de bord _____	71
g) Diffusion du tableau de bord _____	71
h) Le devenir du tableau de bord _____	72
3. Observation d'une organisation de gestion déléguée aux pôles _____	73
a) Le service infirmier de complémentation et de suppléance (S.I.C.S.) _____	73
b) L'intérim _____	74
c) Le pilotage R.H. _____	74
d) Le bureau des remplacements _____	74
e) Un cloisonnement moins marqué _____	75
4. La simulation de répartition des effectifs de suppléance _____	75
5. Projection : la délégation de l'intérim _____	78
6. Lever les freins et résistances au changement organisationnel _____	79
B. Pour poursuivre la mise en œuvre du projet de délégation _____	81
1. Elaborer la cartographie des compétences dans chaque pôle _____	81
2. Elaborer le guide des bonnes pratiques R.H. _____	82
3. Poursuivre l'élaboration du tableau de pilotage _____	82
4. Poursuivre la mise en place de la communauté de pratiques R.H. _____	83
5. Clarifier la ligne managériale _____	83
6. Quelle délégation de gestion ? _____	85
Conclusion _____	88
Bibliographie _____	89

Annexes

INTRODUCTION

Les réformes de l'hôpital dans les dix dernières années ont conduit à des mouvements colossaux dans l'architecture même des hôpitaux. La maîtrise des dépenses de santé par la limite l'offre de soins notamment, a conduit dès 1970 à la planification hospitalière. La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 introduisait le découpage en carte sanitaire uniquement hospitalière, le recensement des lits et la construction de plateaux techniques pour une circonscription de 80000 habitants, la suppression de petits établissements et la création de coopérations inter-hospitalières. Plus de 35 ans après, ce mouvement est toujours en cours. Même si l'on parle de territoire de santé et non plus de carte sanitaire hospitalière, les dépenses de l'assurance maladie pour les établissements de santé représentaient 74.5 Mds d'euros en 2012¹ (31% des dépenses de l'assurance maladie). Bien entendu des arguments en faveur de la qualité et la sécurité des soins complètent ceux de la maîtrise des dépenses pour justifier le regroupement des plateaux techniques.

Dans un même temps, l'idée que les acteurs doivent être responsabilisés s'est imposée. Ainsi, il aura fallu près de 14 ans entre la loi du 31 juillet 1991 qui instaura les départements médicaux pour arriver à l'ordonnance du 2 mai 2005 qui créa les pôles médicaux. La logique de cette responsabilisation repose sur le principe de subsidiarité. Sur le plan managérial, l'impact est conséquent. Les directions fonctionnelles abandonnent le registre de l'opérationnel pour se consacrer au registre politique, et des nouveaux professionnels responsables de structures allant de 50 à 600 agents doivent investir le registre fonctionnel. Pour cela, le législateur leur a donné des missions, mais il a aussi prévu que le directeur d'hôpital puisse aussi leur déléguer d'autres missions.

Dans les faits, les délégations de gestion se développent très peu à l'hôpital. A l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, les regroupements hospitaliers ont fait passer le plus grand centre hospitalier Universitaire d'Europe de 37 établissements à 12 groupes hospitaliers en 2010. Ces regroupements ont été accompagnés, dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire, d'une recomposition des pôles. Leur nombre a été réduit de près d'un tiers.

¹ *Maitrise des dépenses de santé*, IRDES, <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/donnees-de-cadrage/hopital/maitrise-des-depenses-hospitalieres.html> consulté le 20/05/14

Pour autant, ce mouvement de restructuration suffit-il à lui seul à atteindre l'objectif de responsabilisation des acteurs qui est censé être la philosophie de la réforme hospitalière ?

Un bilan de « mi-parcours » du plan stratégique 2010-2014, présenté à la commission médicale d'établissement le 11 juin 2013, dresse une situation favorable de cet « écosystème G.H. ». Ce bilan met en avant « des économies substantielles sur les coûts de structure » notamment par la suppression de 40 postes de directeurs hospitaliers et par les fusions de services administratifs, logistiques, et techniques. Pour ce bilan, l'« écosystème G.H. » a permis d'amorcer trois axes : « l'optimisation et la mutualisation des moyens ; la déconcentration de la gestion et la délégation des responsabilités ; la territorialisation de l'offre de soins via le développement de coopérations hospitalières extérieures à l'AP-HP. »²

Les Hôpitaux Universitaires Henri MONDOR sont l'un des 12 groupes hospitaliers à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Dans ce G.H., les délégations de gestion ne sont pas développées. Comme si la structure avait changé, mais le comportement des acteurs était resté le même. Cette situation est paradoxale, avec 3200 lits, les directions ont conservé la même ligne managériale qu'avec quelques centaines de lits avant les regroupements.

L'enquête nationale gouvernance hospitalière conduite entre juin et juillet 2011 par la direction générale de l'offre de soins (D.G.O.S.) démontre pourtant que les grands établissements sont les premiers à avoir développé des délégations de gestion. Dans cette enquête, moins d'un tiers des centres hospitaliers universitaires (C.H.U.) n'avait pas encore accordé de délégation de gestion pour engager des dépenses de remplacement de personnel non permanent.

La commande

Le projet managérial qui est présenté est un travail issu d'une commande réalisée par le coordonnateur général des soins des Hôpitaux Universitaires Henri MONDOR (H.U.H.M.) en avril 2013 et dont l'objet initial était de mettre en place une délégation de gestion des moyens de remplacement du personnel paramédical. Ce projet managérial a été réalisé dans le cadre du Master management des organisations soignantes.

² Thomas QUEGUINER, *La division de l'AP-HP en 12 groupes hospitaliers a supprimé près de 40 postes de DH*, Hospimédia, 25 juin 2013

C'est en qualité de cadre responsable des remplacements des sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR que j'ai accepté de mener ce projet managérial. Toutefois, compte tenu du contexte universitaire dans lequel est mené ce projet, des freins rencontrés, et de l'analyse qui est faite, cette commande a fait l'objet de plusieurs négociations avec le commanditaire.

Ainsi, la limite du projet consiste à préparer une éventuelle délégation et non à la mettre en place, et pour cela à identifier les freins et les points d'appuis du projet, à élaborer un tableaux de bord, outil de pilotage des remplacements pour l'ensemble du groupe hospitalier et à contribuer à responsabiliser les pôles en y intégrant des données monétaires pour le suivi des dépenses.

L'ambition de formation de l'encadrement au contrôle de gestion a été modifiée en une sensibilisation au contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines et une formation à l'utilisation d'Excel.

Compte tenu de l'objet de la commande, une négociation parallèle a été menée avec le directeur des ressources humaines pour obtenir une commande associée de sa part. L'objectif initial de délégation de gestion n'a pas obtenu d'adhésion de sa part. Toutefois, un objectif commun de développer un tableau de pilotage a permis d'obtenir un consensus sur une partie du projet à mener. Il est à noter, que bien que n'ayant pas adhérer au projet initial, le directeur des ressources humaines a accepté de fournir toutes les données nécessaires à la conduite du projet. L'objet de ces négociations sera développé car il résulte de l'analyse des freins à la délégation de gestion.

Pour répondre à cette commande, la première phase exploratoire a consisté à comprendre le contexte dans lequel les délégations de gestion se développent à l'hôpital. Un retour sur la réforme hospitalière et sur la maîtrise des dépenses de santé à l'hôpital jusqu'à l'ordonnance du 2 mai 2005 qui instaure la nouvelle gouvernance et à la loi Hôpital Patient Santé Territoire (H.P.S.T.) du 21 juillet 2009 permet d'explorer ce contexte. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (I.G.A.S.) de Guy VALLET intitulé « bilan de l'organisation en pôles et des délégations de gestion » de 2010 sera un élément à la base de l'analyse. Aussi, la phase exploratoire a consisté à définir le concept de délégation et son lien avec la configuration organisationnelle. Puis à évaluer le retentissement de cela dans les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor (H.U.H.M.).

Cette phase a été complétée par une série d'entretiens semi-directifs avec un contrôleur de gestion intervenu dans le cadre du Master, un responsable d'entreprise de

travail temporaire, le responsable des services économiques de l'hôpital Henri MONDOR et le cadre responsable des remplacements à la direction des Hôpitaux Universitaires Paris Ouest (H.U.P.O.) pour l'observation d'une organisation dans laquelle certaines délégations de gestion ont pu être mises en œuvre. Une réunion avec l'ensemble des directeurs des soins a été menée en janvier 2014 pour présenter le projet et à la fois explorer les résistances éventuelles. Le plan de communication a aussi comporté le même type d'intervention avec les Cadres paramédicaux de pôle. D'autres actions de communication visant à lever les freins ont été menées notamment auprès du Directeur des Ressources Humaines (D.R.H.).

Des entretiens semis-directifs ont aussi été menés avec un directeur des ressources humaines du Groupe Hospitalier (G.H.), le directeur des ressources humaines du G.H. et l'exécutif d'un pôle. Ces entretiens avaient plusieurs objectifs ; le premier était bien évidemment de poursuivre l'exploration de la problématique, mais ils ont aussi contribué à lever progressivement des freins.

Dans le cadre de ce projet managérial, deux groupes de travail ont été menés pour parvenir à élaborer le tableau de pilotage. Ces deux groupes étaient pour l'un composé des cadres de suppléance du G.H. et pour l'autre, les cadres adjoints des cadres paramédicaux de pôles (C.P.P.) chargés de missions ressources humaines de trois pôles qui ont été choisis en qualité de pôles d'expérimentation. Il est à noter que ce fut l'occasion des toutes premières rencontres pour le premier groupe, et que le deuxième groupe n'a débuté que tardivement car la fonction de cadre adjoint au C.P.P. n'a été officialisée qu'au mois d'octobre 2013 alors que le projet avait déjà débuté.

La phase suivante, a consisté à proposer une poursuite de la mise en œuvre, et des recommandations pour la mise en place de la délégation de gestion des remplacements.

Dans un premier temps, il sera fait état des réformes législatives qui ont conduit à plus de contractualisation et à la délégation de gestion. C'est ensuite que le concept de délégation et son application à l'hôpital public seront présentés.

Dans un second temps, j'ai fait le choix de présenter le contexte de la gestion des remplacements du personnel paramédical et de la délégation dans les Hôpitaux Universitaires Henri MONDOR (H.U.H.M.) en les situant à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Dans un troisième temps seront présentées les actions menées en vue de préparer la mise en œuvre des délégations de gestions.

Enfin, il sera fait état de propositions pour poursuivre ce projet.

I. REFORME HOSPITALIERE ET DELEGATION DE GESTION

A. Aspect législatif et réglementaire

1. De 1970 à 2009 : la maîtrise des dépenses

Depuis 1970 (Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970), une part importante des réformes législatives dans le domaine de la santé portent sur la rationalisation des dépenses de santé. Impacté par un contexte économique moins favorable que dans les deux décennies précédentes, par l'expression de besoins en santé croissants, par l'innovation médicale de plus en plus coûteuse, la branche assurance maladie de la sécurité sociale présente une problématique de financement. Un des principaux leviers de rationalisation porte sur la planification de l'offre de soins. Cette planification passe notamment par la régionalisation de la tutelle des hôpitaux, par l'établissement de cartes sanitaires et de schémas régionaux de l'offre de soins et des regroupements de plateaux techniques, par la contractualisation et des plans d'effectifs et par la normalisation de critères d'allocation de ressources.

2. Gouvernance et contractualisation interne de 1984 à nos jours

Depuis la loi n° 84-5 du 3 janvier 1984 créant les départements médicaux et la circulaire du 18 juin 1984 posant le principe de la dotation globale et constituant « la première incitation claire à associer les acteurs et les gestionnaires aux relations qui s'établissent entre les coûts et les activités »³ à la loi Hôpital Patient Santé Territoire (H.P.S.T.) du 21 juillet 2009, la démarche vers la contractualisation interne apparaît comme une « longue saga »⁴.

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière prévoit que « des services, des départements ou des unités fonctionnelles peuvent être regroupés en fédérations » dont « le coordonnateur est assisté par une sage-femme, un cadre paramédical, un membre du personnel soignant ou un membre du personnel médico-technique et par un membre du personnel administratif. » Le service médical datant de 1941-1943 reste la référence et cette organisation est facultative, mais elle prépare à ce que seront les pôles. La création des unités fonctionnelles a « pour but de responsabiliser les praticiens hospitaliers non-chefs de service à l'organisation d'un mini-service tout en restant

³ M-O CLERY, *Délégation de gestion et contractualisation interne*, éditions les études hospitalières, mai 2003

⁴ Lydie RIVALDI, *Quelle place peut investir le cadre de santé dans le processus de contractualisation interne ?*, Recherche en soins infirmiers N°85, février 2006

coordonné par le chef de service. (...) La loi crée de nouvelles instances de participation comme la commission des service de soins infirmiers chargée, à la suite des grandes grèves de 1998, de mieux assurer la représentation des personnels infirmiers. De même sont créés des conseils de service ou de département qui, sous l'autorité du chef de service, réunissent les différentes catégories de personnels employés dans le service, afin de discuter de son bon fonctionnement.»⁵.

En 1993, le rapport « Esper » sur la recherche de voies nouvelles pour moderniser la gestion et le fonctionnement interne des hôpitaux révèle que « les dispositions de 1991 s'appliquent très progressivement dans l'indifférence, voire dans le scepticisme »⁶.

La contractualisation interne est prévue à partir de l'Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Pour cela sont créés les centres de responsabilités qui bénéficient de délégations de gestion faisant « l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. » La Circulaire DH/AF/AF 3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé, décrit ainsi que « les contrats de délégation de gestion auront pour but d'associer les équipes hospitalières à la gestion de l'hôpital et de déconcentrer le plus possible les procédures internes. (...) La maîtrise des moyens reste un sujet de préoccupation essentiel, mais l'accent est dorénavant mis sur les initiatives des équipes hospitalières et sur la médicalisation de la gestion par le biais d'une négociation d'objectifs de qualité des soins et d'activité médicale. »

Cette circulaire cible aussi les outils prioritaires pour y parvenir que sont le développement des systèmes d'information et de pilotage et la formation du personnel hospitalier et particulièrement des praticiens hospitaliers dans le domaine de la gestion.

Le 20 novembre 2002, le Ministre de la santé, Jean-François MATTEI, annonce le plan « Hôpital 2007 » et expose la nécessité de développer la contractualisation interne dans les

⁵ *Historique des réformes hospitalières en France*, IRDES, septembre 2011, <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf> consulté le 02/05/14

⁶ Lydie RIVALDI, *Quelle place peut investir le cadre de santé dans le processus de contractualisation interne ?*, Recherche en soins infirmiers N°85, février 2006

hôpitaux dans un chapitre intitulé « Repenser l'organisation interne et la gestion des hommes ».

En 2004, par le biais de la circulaire n° 61 du 13 février 2004 relative à la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière, 100 établissements de santé s'engagent dans une mise en place anticipée des pôles d'activités cliniques et médico-techniques.

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé et le décret du 4 mai portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le Code de la Santé Publique seront les textes qui feront de cette organisation la règle en matière d'organisation hospitalière publique. Les centres de responsabilités sont remplacés par les pôles et prennent un caractère obligatoire pour les établissements publics autres que les hôpitaux locaux. La contractualisation interne devient obligatoire et est accompagnée de délégations de gestion sur décision du directeur.

« Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. (...) Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif. » Le responsable de pôle est chargé de mettre en œuvre la politique générale de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il a une autorité fonctionnelle sur les équipes qui composent le pôle et organise le fonctionnement technique de celui-ci. « Il est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif. »

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 fera évoluer cette configuration, notamment en modifiant les attributions des responsables de pôles devenus chefs de pôles et en ne reprenant pas le terme de délégation de gestion qui ne trouve pas de fondement juridique et en qualifiant les délégations de « délégations de signature ».

Les chefs de pôles « sont investis d'une réelle autorité déconcentrée, avec plus de pouvoirs que précédemment. »⁷ Pour parvenir aux objectifs du pôle, leur rôle est accru dans le domaine des ressources humaines, ce rôle est précisé dans le contrat de pôle notamment pour la gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés, la répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle, la gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux, la définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière, la proposition au directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle, l'affectation des personnels au sein du pôle, l'organisation de la continuité des soins, et la participation à l'élaboration du plan de développement professionnel continu. Il a une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels du pôle.

Les délégations sont toujours à l'initiative du directeur, mais les domaines sont encadrés par la loi du 21 juillet 2009 ; dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents, dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux, dépenses de caractère hôtelier, dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical, et dépenses de formation de personnel.

Pour mettre en œuvre la politique générale de l'établissement, le chef de pôle peut à présent n'être accompagné que d'une personne et il n'est pas précisé si celui-ci est issu d'une catégorie administrative ou paramédicale. Il doit par ailleurs suivre une formation au moins égale à 60 heures dont les contenus sont déterminés et parmi lesquels figurent ; la gestion budgétaire et financière, le pilotage médico-économique et la performance hospitalière, les systèmes d'information hospitaliers, le management des ressources humaines et le management d'équipe, la conduite du changement.

« Le conseil exécutif (ordonnance du 2 mai 2005) et maintenant le directoire (loi H.P.S.T.), instance médico-administrative, joue désormais un rôle de pilotage stratégique des hôpitaux. »⁸

Ce recensement démontre à quel point la mise en place d'une contractualisation interne aura nécessité du temps.

⁷ *La loi HPST à l'Hôpital : les clés pour comprendre*, Ministère de la santé et ANAP, novembre 2010

⁸ Jean-Marie BARBOT & al., *Réflexions et pratiques RH à l'hôpital – Tome 2*, Edition Berger-Levrault, septembre 2013

B. Configurations organisationnelles et décentralisation

Pour aborder l'impact des mouvements de regroupement et de division en unités médico-économiques que sont les pôles, il est fait appel dans ce chapitre à la théorie de la contingence et aux configurations organisationnelles.

1. Facteurs de contingence et paramètres de conception

La théorie de la contingence regroupe les travaux de plusieurs auteurs des années 50 aux années 70. La proposition de la théorie de la contingence est que les facteurs environnementaux rendraient contingentes les structures de l'organisation. La théorie de la contingence démontre en effet qu'il n'existe pas une seule manière satisfaisante d'organiser les ressources. L'organisation doit évoluer dans sa structure sous l'effet des contraintes changeantes. Pour la théorie de la contingence, ces contraintes forment les facteurs de contingence. Henri MINTZBERG⁹ est le principal représentant de cette théorie. Il recense les facteurs de contingence tels que :

- la taille de l'organisation, son âge qui déterminent le formalisme,
- le système technique ; selon que la production est unitaire, de masse ou continue, avec peu ou beaucoup d'exceptions, l'autonomie des opérateurs, les rapports entre niveaux hiérarchiques, ainsi qu'entre fonctionnels et opérationnels évoluent,
- la stabilité de l'environnement conduit à des organisations plus ou moins centralisées ou fragmentées,
- le pouvoir, c'est-à-dire le contrôle externe qui est exercé sur l'organisation.

D'autres auteurs permettent de compléter ce recensement des facteurs de contingence. Ainsi, la taille des séries est un facteur relevé par Joan WOODWARD¹⁰. La grande taille des séries permet plus de formalisation et de planification. A partir d'une étude sur plus de 100 entreprises anglaises dans les années 60, elle a pu décrire un niveau d'autonomie et de compétence des opérateurs qui varie selon la taille des séries produites.

⁹ Henri MINTZBERG, *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall (trad. fr : Structure et dynamique des organizations), 1979/1982

¹⁰ Joan WOODWARD, *Industrial Organization: Theory and Practice*, Oxford University Press, 1965

Charles PERROW¹¹ développe un facteur de contingence qui peut être rapproché du précédent en exposant le facteur relatif à l'importance des exceptions. Plus la production est faite d'exceptions et moins elle est formalisable, plus l'organisation est décentralisée.

Pour P.R. LAWRENCE et J.W. LORSCH¹², la diversité des environnements conduit à différencier les modes d'organisation au sein d'une même organisation tout en les intégrant. Ils reprennent les travaux de T. BURNS et G.M. STALKER sur les organisations mécanistes (dans un environnement stable) et organiques (dans un environnement instable) pour y ajouter l'idée qu'une organisation peut se différencier et adopter plusieurs modes.

La saturation cognitive des dirigeants lorsque les activités sont diversifiées et l'organisation centralisée.

L'intérêt du recensement des facteurs de contingence est d'identifier des organisations où la décentralisation présente un plus grand avantage, mais aussi d'envisager de faire évoluer ces organisations en fonction des facteurs environnementaux. Pour faire évoluer les organisations, Henri MINTZBERG identifie 9 paramètres de conception qui sont les leviers sur lesquels il est possible d'agir. Ils peuvent être regroupés en 4 catégories¹³ ; la situation de chaque unité par rapport à l'organisation (interne, externe), la division du travail (horizontale, verticale), l'intensité et l'objet du contrôle (la tâche, le résultat, les normes) et l'existence de structures transversales.

Nous retiendrons de cette théorie que les facteurs de contingence en faveur d'une décentralisation sont la grande taille de la structure, la variété de l'environnement, les processus de production unitaires et faits d'exceptions.

2. Les configurations organisationnelles

Une configuration organisationnelle peut être définie comme « la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre les tâches »¹⁴. Henri MINTZBERG a déterminé 7 configurations

¹¹ Ch. PERROW, *A Framework for the Comparative Analysis of Organizations*, American Sociological Review, Vol. 32, 1967

¹² P.R. LAWRENCE, J.W. LORSCH, *Differentiation and Integration in Complex Organisation*, Administrative Science Quarterly, 1967

¹³ Jean-Paul DUMOND, *Organisations de santé, la grande transformation*, cours de Master Management des organisations soignantes, E.S.M.-U.P.E.C., 2013/2014

¹⁴ Henri MINTZBERG, *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall (trad. fr : Structure et dynamique des organisations), 1979/1982

types dont 3 sont retenues pour être présentée ici car elles correspondent le mieux à l'hôpital.

La bureaucratie mécaniste est la configuration dont le moyen de coordination principal est la standardisation des procédés. Les principaux paramètres de conception sont la formalisation du comportement, la spécialisation verticale et horizontale du travail, le regroupement en unités généralement fait par fonction, les unités sont de grande taille, la centralisation est verticale, et la décentralisation horizontale limitée. Les facteurs de contingence principaux sont des processus de fabrication simple et stable, une organisation mûre, de grande taille, avec un contrôle externe important. Cette configuration organisationnelle correspond plutôt à des établissements où la prise en charge est peu variée comme par exemple des hôpitaux centrés sur la personne âgée avec des structures de S.S.R. et de S.L.D..

La bureaucratie professionnelle est la configuration dont le principal moyen de coordination est la standardisation des résultats. Les principaux paramètres de conception sont le regroupement des unités sur la base des marchés, le système de contrôle des performances, la décentralisation verticale limitée. Les facteurs de contingence principaux sont la diversité de la clientèle ou du public, l'organisation de grande taille et mûre. « Selon H. MINTZBERG, compte tenu de ses facteurs de contingence, l'hôpital existe et ne peut exister que sous la forme de la bureaucratie professionnelle. Il se caractérise, en effet, par des processus de « production complexes et stables »¹⁵. Notons que l'hôpital pris en référence par cet auteur est un hôpital qui n'a pas subi les réformes des années 2000 qui ont conduit à une augmentation de la taille, une diversification des activités et une divisionnalisation.

La bureaucratie divisionnalisée est la configuration dont le moyen de coordination principal est la standardisation des qualifications. Les principaux paramètres de conception sont la formation importante des opérateurs, la spécialisation horizontale du travail, et la décentralisation horizontale et verticale. Le facteur de contingence qui conduit le plus souvent vers cette configuration est la complexité du processus de fabrication. Cette configuration organisationnelle est plutôt transposable dans l'hôpital de court séjour.

¹⁵ Jean-Paul DUMOND, *Organisations de santé, la grande transformation*, cours de Master Management des organisations soignantes, E.S.M.-U.P.E.C., 2013/2014

La présentation de ces configurations peut être complétée par l'apport de plusieurs auteurs. Ainsi, pour T. BURNS et G.M. STALKER, l'innovation serait difficilement compatible avec la bureaucratisation. L'innovation induirait un recours à des formes organiques marquées par une décentralisation verticale forte plutôt que mécanistes qui sont marquées par une faible décentralisation verticale. « De manière générale, les organisations de santé se situent sur un marché plutôt très stable avec de fortes barrières à l'entrée à la fois juridiques et financières. Elles peuvent, de ce fait, adopter des fonctionnements disons bureaucratiques. En revanche, de nombreuses unités de soins font face à des changements techniques fréquents, voire permanents et devraient, donc, selon les apports de T. BURNS et G.M. STALKER s'orienter vers un fonctionnement organique. »¹⁶

Les apports cités précédemment de Joan WOODWARD (la taille des séries), de Charles PERROW (le facteur des exceptions), de P.R. LAWRENCE et J.W. LORSH (la diversité de l'environnement) et de CHANDLER (la complexité de la gestion) conduisent aussi à envisager la configuration organisationnelle de l'hôpital selon différentes formes, donnant à l'hôpital actuel une configuration « hybride » tantôt mécaniste, divisionnalisée et professionnelle.

L'apport de la théorie de la contingence démontre à quel point les mouvements de regroupements hospitaliers auront complexifié la structure même de l'hôpital et induisent une nécessaire réflexion sur son organisation et sur le mode de management qui en découle. Ce qui avant reposait sur un contrôle centralisé ne peut pas rester en l'état, et il faut envisager de nouvelles configurations organisationnelles.

C. Le concept de délégation

1. Principe de subsidiarité et principe de suppléance

« La signification et la finalité générales du principe de subsidiarité résident dans l'octroi d'un certain degré d'indépendance à une autorité subordonnée vis-à-vis d'une autorité de niveau supérieur, notamment d'une autorité locale envers le pouvoir central. Il y va donc du partage des compétences entre les divers échelons de pouvoir, principe qui constitue le fondement institutionnel des États à structure fédérale »¹⁷.

¹⁶ Jean-Paul DUMOND, *Organisations de santé, la grande transformation*, cours de Master Management des organisations soignantes, E.S.M.-U.P.E.C., 2013/2014

¹⁷ Vesna NAGLIČ et Danai PAPADOPOULOU, *Le principe de subsidiarité*, Fiches techniques sur l'Union européenne – juillet 2013 http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/fr/FTU_1.2.2.pdf

« Le principe de subsidiarité consiste à réserver uniquement à l'échelon supérieur uniquement ce que l'échelon inférieur ne pourrait effectuer que de manière moins efficace. »¹⁸

Ces deux définitions issues pour l'une de la plateforme européenne, et pour la seconde d'un site gouvernemental, sont intéressantes car elles relèvent la différence de perception du principe de subsidiarité selon que l'on se place à l'échelon supérieur ou inférieur.

Le principe de subsidiarité va de pair avec le principe de suppléance qui à l'inverse, consiste à donner au niveau supérieur ce que l'échelon inférieur ne peut pas réaliser.

Ce principe n'est pas nouveau, en 1603 le philosophe Johannes Althusius qui est considéré comme à l'origine de ce principe, « souligne la nécessité d'autonomie des collectivités de base, vis-à-vis des pouvoirs centraux »¹⁹. Cependant, il prend en France une place dominante dans la pensée politique à partir de 1982. « La loi du 2 mars 1982 a transformé le contrôle de tutelle exercé sur les collectivités territoriales en un contrôle de légalité ».²⁰ « La décentralisation est consacrée par l'article 1er de la Constitution, selon lequel "l'organisation est décentralisée" »²¹.

Ce principe de subsidiarité organise aussi le droit européen, il « a été formellement consacré par le Traité de Maastricht, qui l'avait inscrit dans le traité instituant la Communauté européenne. »²² Il figure aussi à l'article 5, paragraphe 3 du Traité de Lisbonne.

Lorsque le mouvement part de l'échelon le plus grand vers le plus petit, il s'agit d'une subsidiarité descendante. Ce mouvement s'appelle alors décentralisation.

2. La décentralisation et ses trois formes

En France, la décentralisation consiste à transférer le pouvoir à un niveau inférieur alors que la déconcentration consiste à conserver ce pouvoir à un niveau supérieur, mais à

¹⁸ *Qu'est-ce que le principe de subsidiarité ?*, Vie-publique.fr, janvier 2013 <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/union-europeenne/fonctionnement/france-ue/qu-est-ce-que-principe-subsidiarite.html> consulté le 19/05/14

¹⁹ Jean-Sylvestre MONGRENIER, *Johannes Althusius et l'Europe subsidiaire*, institut-thomas-more.org, mai 2009

²⁰ *Qu'est-ce que la décentralisation ?*, Vie-publique.fr, novembre 2013 <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/principes-collectivites-territoriales/qu-est-ce-que-decentralisation.html> consulté le 19/05/14

²¹ Ibid.

²² Vesna NAGLIČ et Danai PAPADOPOULOU, *Le principe de subsidiarité*, Fiches techniques sur l'Union européenne – juillet 2013 http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/fr/FTU_1.2.2.pdf

transférer l'action au niveau inférieur. La lecture du concept de délégation nécessite au préalable d'être clarifiée car il existe une ambiguïté sur les termes utilisés. « La littérature française utilise souvent le terme de décentralisation pour dénoter la dévolution, ce qui est quelquefois une source de confusion pour ceux s'initiant à la question »²³. Je prends le parti de me référer à une classification dans laquelle la décentralisation peut prendre 3 formes qui sont la déconcentration, la délégation et la dévolution en m'appuyant sur les travaux de recherche de Stéphanie BOULENGER, Isabelle GAUTHIER et François VAILLANCOURT ²⁴ car cette classification présente l'avantage d'être facilement traduisible du français à l'anglais.

« Les trois types de décentralisation sont : la déconcentration, la délégation et la dévolution. Notons qu'ils sont présentés à la fois par ordre alphabétique et par ordre croissant de réduction du pouvoir de l'Etat central. »²⁵

La déconcentration consiste à conserver le pouvoir à un niveau central et à délocaliser l'exercice de la fonction.

La délégation consiste à conserver la responsabilité au niveau central, mais à faire exercer par délégation à une entité plus petite.

La dévolution s'accompagne du transfert de responsabilité et de compétence. Dans la littérature française elle sera souvent appelée décentralisation.

C'est donc dans les notions d'autonomie et d'indépendance, que la décentralisation peut être qualifiée. Appliquée à l'hôpital, on peut imaginer ce que seraient ces trois formes de décentralisation. Du travail de recherche évoqué précédemment, est adapté ce tableau :

Tableau 1 : Trois aspects des trois types de décentralisation

Types	Responsable politique	Responsable de l'exécution	Responsable du financement
Déconcentration	Direction	Direction	Direction
Délégation	Direction	Pôle supervisé par la direction	Pôle avec répartition par la direction
Dévolution	Pôle	Pôle	Pôle

Source : adapté de Stéphanie BOULENGER, Isabelle GAUTHIER et François VAILLANCOURT

²³ Stéphanie BOULENGER & al., *Déconcentration, délégation, dévolution ; avantages, inconvénients et mise en place*, CIRANO®, août 2012, <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2012s-22.pdf> consulté le 19/05/14

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

La déconcentration consisterait à transférer auprès des pôles des personnels de direction ou des agents chargés de l'exécution de missions initialement centralisées. Plusieurs exemples existent dans l'organisation actuelle ; les techniciens d'information médicale, les gestionnaires R.H. ou des directeurs adjoints. Ces derniers peuvent avoir à l'hôpital le rôle qui est celui des préfets dans les régions. Ce mouvement de déconcentration ne donne aucune responsabilité supplémentaire aux pôles.

La dévolution, ou forme la plus aboutie de la décentralisation retirerait à la direction générale ses responsabilités pour les confier aux pôles. Chaque pôle devenant lui-même comme un petit hôpital répondant devant les tutelles et les usagers de façon autonome et assurant son propre financement avec un équilibre prévisionnel des recettes et des dépenses (E.P.R.D.) de pôle.

La délégation est la forme intermédiaire. Elle maintient une cohérence institutionnelle tout en confiant des responsabilités dans le domaine de l'exécution, contrôlées par la direction générale.

Le principe de subsidiarité appliqué au travers de la délégation « a pour conséquence une responsabilisation collective des acteurs sur des objectifs communs mais aussi une responsabilisation individuelle sur l'organisation de leur périmètre professionnel. Il crée une forme d'interdépendance entre les acteurs et décroïsonne les mondes de l'administration et du soin. »²⁶

3. Délégation de gestion et délégation de signature

La notion de délégation de gestion prévue par l'Ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé est, en droit, une délégation de signature. « A la différence d'une délégation de compétence ou délégation de pouvoir, la délégation de signature permet à une autorité d'être assistée dans sa tâche en gardant l'exercice de ses compétences ; le directeur conserve ainsi toute possibilité d'agir dans les domaines de gestion délégués au chef de pôle. (...) Elles ont pour objet d'assurer une meilleure

²⁶ *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles*, MeaH, février 2009
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Nouvelle_gouvernance_et_compta_analytique_2009.pdf
consulté le 03/05/14

adéquation des moyens aux besoins, une plus grande réactivité de l'institution et une responsabilisation des professionnels à la maîtrise des dépenses. »²⁷

« La délégation de signature est ainsi un mode d'application singulier, mais abouti, de la contractualisation interne. »²⁸

a) Le contrat de pôle

Le contrat de pôle est le document qui fixe notamment les délégations accordées au chef de pôle. C'est un contrat d'objectifs et de moyens. Il est signé pour une durée de 4 ans entre le directeur et le chef de pôle après avis du président de la Commission Médicale d'Établissement (C.M.E.), et dans les C.H.U., du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale (article L6446 du code de la santé publique). L'article R6146-8 du code de la santé publique précise que les objectifs sont « notamment en matière de politique et de qualité des soins » et que le contrat de pôle doit fixer « les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs ». Il « définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses (...) [et] précise également le rôle du chef de pôle » dans différents domaines dont la « gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle » (alinéa 1) et l'« organisation de la continuité des soins » (alinéa 6). Le contrat de pôle « précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion ».

Le contrat de pôle prévu par la loi H.P.S.T. vise un engagement des acteurs. « L'engagement correspond aux conditions de réalisation d'un acte qui, dans une situation donnée, permettent à un attributeur d'opposer cet acte à l'individu qui l'a réalisé. »²⁹

La loi H.P.S.T. prévoit que les modalités d'intéressement du pôle au résultat de sa gestion figurent au contrat de pôle. Le Comité Technique d'Établissement (C.T.E.) et la C.M.E. sont consultés et le directeur, après concertation du directoire, arrête la politique d'intéressement.

²⁷ Guillaume CHESNEL et Grégory VIAL, *Les délégations de gestion aux pôles hospitaliers*, 2011, http://www.smpsante.fr/fileadmin/fichiers_redacteurs/pdf/Articles_pdf/CJG/2906_CJG_POLES_delegations_gestion.pdf consulté le 03/05/14

²⁸ Circulaire DH/AF/AF 3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé

²⁹ Robert Vincent JOULE et Jean-Léon BEAUVOIS, *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, éditions PUG, 2002

L'intéressement est un élément de la responsabilisation des pôles. « Lorsque l'intéressement collectif concerne la réalisation d'un projet proposé par les équipes elles-mêmes, le bénéfice de l'intéressement collectif est double, et contribue à renforcer la cohésion au sein du pôle autour d'un projet partagé. »³⁰

Toutefois celui-ci n'a pas de caractère obligatoire et les difficultés à dégager des ressources pour un intéressement collectif sont fréquentes. Le rapport de l'I.G.A.S. cite l'exemple du C.H.U. de Nantes où l'intéressement a été supprimé et « remplacé par le « plan des 4 % » (de réduction de la masse salariale) » avec un « effet très démobilisateur sur les équipes médicales et soignantes des pôles. » Pour les auteurs, « si la situation financière des établissements ne permet pas toujours de déployer un intéressement conséquent dans les pôles, les efforts collectifs doivent bénéficier d'un retour sur investissement, même faible. »³¹

Lors de l'entretien avec le contrôleur de gestion du Centre Hospitalier Sainte-Anne (C.H.S.A.), la question de l'intéressement a été abordée. Celui-ci a décrit un procédé par lequel le pôle qui ne dépense pas la totalité d'une enveloppe est récompensé pour sa bonne gestion en se voyant attribuer une bonification de l'enveloppe de l'année suivante de la moitié du gain obtenu. Cette bonification n'est pas reconductible d'années en années. La limite présentée du procédé est qu'il n'est applicable que parce que l'établissement n'est pas dans un plan de retour à l'équilibre financier.

Cette idée selon laquelle la responsabilisation tient en partie d'un intérêt financier doit être nuancée. En premier lieu, pour reprendre la théorie de l'engagement exprimée par Robert Vincent JOULE et Jean-Léon BEAUVOIS cités précédemment, l'engagement doit être mû de toute contrainte, hors l'intéressement peut être une contrainte financière. En second lieu, par un parallèle avec les études menées sur l'impact de l'incitation financière dans les politiques de réduction des infections nosocomiales ; l'intéressement ne doit pas porter sur le seul résultat car il pourrait entraîner des comportements déviants. Dans le cas qui nous concerne, il s'agit là de caricatures, mais imaginons qu'il serait par exemple possible que pour obtenir une meilleure maîtrise des dépenses, des pressions puissent être exercées sur les agents dont les circonstances familiales entraînent un risque d'absentéisme, de même

³⁰ Guy VALLET & al., *Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, février 2010

³¹ Ibid.

pour optimiser les recettes, il pourrait y avoir un recrutement de patients contraire à la politique de l'établissement et aux missions de service public.

b) Pilotage de l'activité et contrôle de gestion

La notion de pilotage se rapporte à une approche globale de la performance. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (A.N.A.P.) se réfère à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) pour élaborer une définition de la performance des établissements de santé. « Ainsi, rendre les établissements plus performants, c'est avant tout porter ses efforts sur trois dimensions complémentaires ; la qualité des soins et de service, les conditions de travail des personnels, l'efficacité économique »³². C'est donc bien sur ces trois domaines que porte le pilotage des établissements de santé, et les outils de pilotage doivent les intégrer sans se limiter à la dimension financière ou à la qualité des soins.

Le pilotage des établissements de santé publics est récent. En 2005, selon le groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitalière, « les établissements de santé publics ou PSPH ont peu implanté les méthodes et outils du pilotage, hormis dans le cadre de la démarche de l'accréditation »³³. A cette date, cette même agence pointait un contrôle de gestion qui n'avait pas encore prit son essor.

« Le contrôle de gestion est le processus par lequel les responsables s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées avec efficacité et efficacité dans l'accomplissement des objectifs de l'organisation. »³⁴

Le contrôle de gestion a fait l'objet en juin 2001 d'une définition pour la sphère publique par la délégation interministérielle à la réforme de l'État :

« Le contrôle de gestion est un système de pilotage mis en œuvre par un responsable dans son champ d'attribution en vue d'améliorer le rapport entre les moyens engagés, (y compris les ressources humaines) et soit l'activité développée soit les résultats obtenus dans le cadre déterminé par une démarche stratégique préalable ayant fixé les orientations. Il

³² *Qu'est ce que la performance ?* <http://www.anap.fr/faq/> consulté le 04/05/14

³³ *Etat des lieux et attentes des établissements de santé en matière de pilotage*, GMSIH, 2005
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Pilotage_des_ES_Etat_des_lieux_et_attentes.pdf

³⁴ R.N. ANTHONY, *Planning and control systems. A Framework for Analysis*, Boston : Division of research, graduate school of business administration, Harvard University, 1965

permet d'assurer tout à la fois le pilotage des services sur la base d'objectifs et d'engagements de service et la connaissance des coûts, des activités et des résultats. »

« Dès lors que s'instaure une délégation de gestion (...), la responsabilité juridique et financière relevant toujours des chefs d'établissement, il n'est pas envisageable de renforcer la délégation de gestion sans se doter d'outils robustes en terme de pilotage. »³⁵

Pour Eve PARIER (directeur des ressources humaines du centre hospitalier de Versailles) et Céline DUGAST (directeur des ressources humaines du centre hospitalier du sud francilien)³⁶, il existe 3 préalables à la mise en place d'un contrôle de gestion R.H. ; la volonté stratégique d'accompagner les pôles que porte le directeur des ressources humaines, le système d'information R.H. et la professionnalisation de la fonction R.H. sur ce sujet.

Le premier préalable passe par la question de la mise à disposition des indicateurs et l'utilisation qui en est faite dans le dialogue de gestion.

Le deuxième préalable se rapporte à l'outil informatique mais aussi à l'existence des compétences pour le traitement de ces données. C'est donc en lien avec le troisième préalable, à savoir le recrutement de contrôleurs de gestion au sein des directions des ressources humaines. Les D.R.H. doivent « passer le cap d'une présence plus forte de l'agent chargé du développement des ressources humaines »

Ces mêmes auteurs évoquent deux outils complémentaires au tableau de pilotage qui sont le fichier structure et le dictionnaire d'indicateurs.

Le fichier structure est la base de la comptabilité analytique et la base du contrôle de gestion. Le dictionnaire d'indicateur est l'élément qui permet d'utiliser un langage commun dans le dialogue de gestion. Dans un autre chapitre, ces auteurs présentent un outil clé pour le pilotage, il s'agit d'un cahier des procédures R.H.. Cet outil est ainsi jugé indispensable pour « la fiabilisation du système d'information R.H., pour l'objectivité du dialogue avec les pôles ».

Concernant le choix des indicateurs, il n'existe pas de liste exhaustive applicable à tous les établissements. Chaque établissement doit définir ses propres indicateurs en fonction de ses orientations stratégiques. Ce point a été confirmé lors d'un entretien avec le contrôleur

³⁵ Jean-Marie BARBOT & al., *Réflexions et pratiques RH à l'hôpital – Tome 2*, Edition Berger-Levrault, septembre 2013

³⁶ Ibid.

de gestion du C.H.S.A., qui évoque la possibilité de donner le choix aux pôles de déterminer pour une part les indicateurs qui seront suivis en fonction des orientations du pôle.

Néanmoins les mêmes auteurs présentent plusieurs tableaux de bord qui semblent incontournables dans le domaine R.H. ; le premier est qualifié de bible du D.R.H., il s'agit du Tableau Prévisionnel des Emplois Rémunérés (T.P.E.R.). D'autres sont cités et nous les retiendrons pour l'intérêt qu'ils ont pour le sujet de la gestion des remplacements ; la cartographie des métiers par pôle, le tableau mensuel des mouvements par pôle, l'absentéisme mensuel par pôle...

« Toutefois, si l'existence d'outils est un pré requis pour pouvoir piloter une organisation, l'existence seule de ces outils ne permet pas de faire du pilotage car rien ne serait plus dangereux et contre-productif que de diffuser ces outils sans un accompagnement explicite et la mise en œuvre d'une organisation adéquate »³⁷.

c) Revue de gestion et dialogue de gestion

Le contrôle de gestion sert le processus d'amélioration continue. Il alimente le dialogue de gestion entre les différents niveaux de responsabilité.

L'analyse infra annuelle « doit permettre de réorienter l'action en cas de difficulté »³⁸, alors que l'analyse a posteriori permettra de « comprendre les causes de la performance dans le but de les reproduire et les pérenniser, ou d'identifier les causes de l'absence de performance pour les corriger. Pour ce faire, l'outil utilisé quel que soit le niveau hiérarchique de pilotage, est la revue de gestion »³⁹.

Dans l'organisation hospitalière d'après 2005, il existe deux niveaux de pilotage et donc deux niveaux de dialogue de gestion s'y rapportant.

Un premier niveau est dit stratégique, il associe la direction de l'établissement et l'exécutif des pôles. Le deuxième niveau est dit opérationnel, c'est celui des pôles. Il associe l'exécutif de pôle et les responsables médicaux et paramédicaux des structures internes au pôle.

³⁷ *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles*, MeaH, février 2009
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Nouvelle_gouvernance_et_compta_analytique_2009.pdf
consulté le 03/05/14

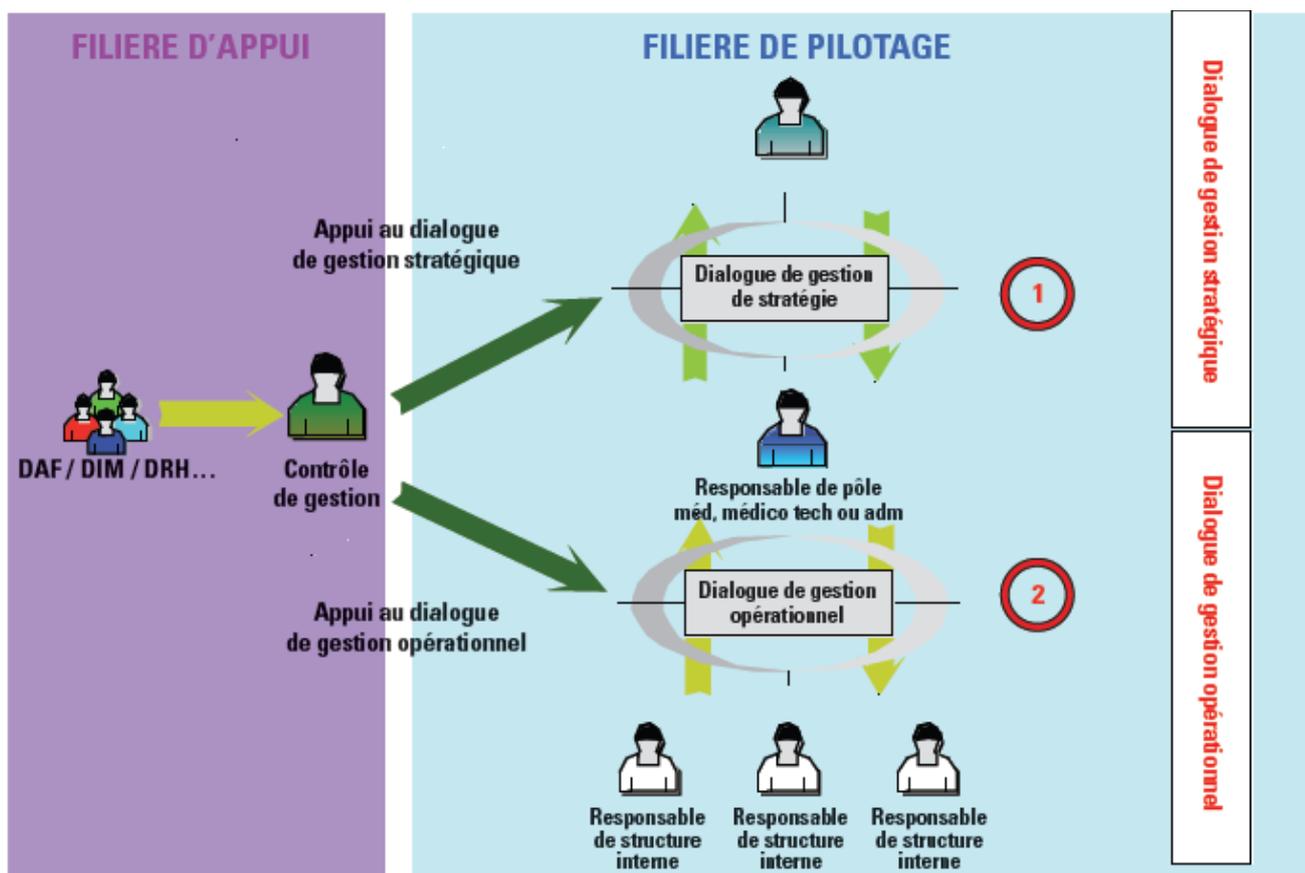
³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

Le schéma n°1 est issu d'un document de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah) de 2009. Il illustre les deux niveaux de pilotage et les missions du contrôle de gestion.

Ce schéma présente un intérêt majeur car il positionne les directions fonctionnelles et le contrôle de gestion dans une filière dite d'appui, c'est-à-dire de service support. Ils ne sont plus en haut de la pyramide et ce peut être perçu comme une perte de pouvoir.

Schéma 1 : Organisation du dialogue de gestion à l'hôpital



Source : *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles*, MeaH, février 2009

L'autre intérêt de ce schéma est de conférer au contrôle de gestion une place centrale. Cette position a été défendue par le contrôleur de gestion rencontré dans le cadre de l'enquête préliminaire à la conduite du projet managérial. De par son expérience de contrôleur de gestion dans plusieurs hôpitaux, il exprimait ainsi que le rattachement à une seule direction n'était pas propice au développement du contrôle de gestion, alors que son rattachement à la direction générale apportait une garantie plus importante en matière

d'exhaustivité et de fiabilité des données. Un rattachement du contrôle de gestion à la direction des finances induit un traitement qui ne laisse que peu de place à la dimension qualité, aux conditions de travail...

Dans ce schéma, le personnage placé en haut de la sphère du pilotage n'est pas nommé. Il peut s'agir bien évidemment du directeur général, mais il n'est pas seul. « Ainsi, le conseil de surveillance est désormais dans une posture de validation stratégique des orientations de l'établissement mais aussi de contrôle de l'effectivité de la mise en œuvre de ces orientations. (...) le directeur d'établissement se voit pleinement investi d'une fonction de conduite de la politique générale (...) Toutefois, ce rôle décisionnel ne peut s'exercer sans avoir engagé des processus de concertations, essentiellement avec les représentants de la communauté médicale »⁴⁰ au travers du directoire.

L'existence dans ce schéma de deux niveaux de dialogue de gestion, l'un stratégique et l'autre opérationnel illustre le niveau de responsabilité du chef de pôle en lien avec la politique de l'établissement, il détermine la stratégie du pôle sur laquelle porte le dialogue avec la direction, et veille à son application avec les responsables de structures internes.

D. Le rapport de l'I.G.A.S. de février 2010

Le rapport de l'I.G.A.S. de Guy VALLET, Hayet ZEGGAR et Oriane TERCERIE intitulé « Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé » est publié après la parution de la loi H.P.S.T. mais il dresse, à partir d'une enquête menée auprès de 44 établissements, un bilan de la mise en place des pôles et des délégations de gestion issus de l'ordonnance du 2 mai 2005.

Dans ce bilan, il apparaît que les bénéfices de la subsidiarité ne sont pas encore mesurables. Bien que les médecins aient commencé à intégrer la dimension médico-économique, ils sont freinés par des outils de gestion peu adaptés, par le faible développement des délégations de gestion et par le refus des directions de mettre en place une nouvelle ligne managériale à l'hôpital dans laquelle elles passeraient du statut « d'état-major » à celui de « service support ». Les auteurs soulignent un décalage entre ce qui est fait dans les plus grands établissements et les plus petits. Dans les premiers, le processus serait plus développé que dans les seconds. Mais surtout, ils mettent en avant un risque de

⁴⁰ Thierry NOBRE et Patrick LAMBERT, *Le management de pôles à l'hôpital*, Edition DUNOD, novembre 2012

« découragement » des exécutifs de pôles dans le cas où ils ne disposeraient pas des moyens de gestion nécessaires.

Ce rapport formule 37 recommandations (cf. annexe 3) pour poursuivre la mise en place des pôles et classe ces recommandations en 7 catégories ; management global de la nouvelle gouvernance, découpages de pôles, accompagner les chefs de pôle, délégation de gestion, moyens/outils de gestion, intéressement, directions fonctionnelles.

E. La culture médico-économique

Les nouveaux acteurs que sont le chef de pôle, le cadre paramédical de pôle et le cadre administratif de pôle doivent développer des compétences en matière de pilotage de l'activité et des ressources.

Dans le rapport de Guy VALLET, il est fait état d'un pilotage médico-économique qui n'a pas encore été totalement intégré. Pour les chefs de pôle et pour les C.P.P., l'imprégnation de cette culture présente un enjeu réel. Selon ce même rapport, « le trio de pôle est en réalité un binôme de pôle entre le médecin et le cadre supérieur de pôle. » « Le manque de cadres de gestion et leur positionnement encore flou ont pour conséquence l'insuffisance des compétences de gestion dans les pôles. »

1. Chef de pôle et culture médico-économique

La création des pôles est censée « permettre aux médecins de mieux organiser la prise en charge des patients, d'augmenter les recettes et de mieux maîtriser les dépenses. »⁴¹

L'arrêté du 11 juin 2010 définit la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle. Cette formation, dont le contenu des apprentissages doit être agréé par l'A.N.A.P., « ne peut être inférieure à 60 heures » et devra comprendre les apprentissages suivants :

- gestion budgétaire et financière ;
- pilotage médico-économique et performance hospitalière ;
- systèmes d'information hospitaliers ;
- management des ressources humaines ;
- qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins ;
- management d'équipe et la conduite du changement.

⁴¹ Guy VALLET & al., *Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, février 2010

« Le pôle étant devenu l'échelon pertinent de la gestion médico-économique, il n'y a plus d'autres choix que d'impliquer les médecins et plus généralement les soignants dans cette dimension. »⁴²

Avec ces nouvelles responsabilités, les chefs de pôles dont le cœur de métier initial est le traitement, l'enseignement et la recherche, doivent développer de nouvelles compétences dans les domaines listés précédemment.

La rencontre de ces différents domaines place le chef de pôle dans un paradoxe où d'un côté il souhaite obtenir des moyens pour soigner et d'un autre il doit les rationaliser lui-même. Une étude⁴³ intitulée « Paradox management delegation: inter and intra-individual variability » menée en 2010 auprès de 14 chefs de pôles s'intéresse à la gestion de ce paradoxe. Elle révèle qu'il existe 4 modes de réponse à ces paradoxes ; « le rejet, le détachement, l'absorption et la transcendance. »⁴⁴ Cette étude montre aussi que la réponse à ce paradoxe dépendra de facteurs individuels et de facteurs liés au management.

L'idée à retenir est que le simple apport cognitif ne suffit pas à responsabiliser les acteurs, mais que la ligne managériale de l'établissement doit conduire au développement de cette culture médico-économique. « Les équipes de direction [doivent] savoir faire preuve de pédagogie, tout en essayant aussi d'être facilitantes pour épauler les chefs de pôles dans leurs missions. »⁴⁵

2. Cadres de santé et contrôle de gestion

Une étude publiée en juin 2011⁴⁶ permet d'appréhender la relation des cadres de santé au contrôle de gestion. En se référant à l'analyse de Sholom GLOUBERMAN et Henry MINTZBERG⁴⁷ qui définit l'hôpital comme étant la rencontre de 4 mondes ; le Care (les soignants), le Cure (les médecins), le Contrôle (les gestionnaires), et la Communauté (la

⁴² Guy VALLET & al., *Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, février 2010

⁴³ Annick VALETTE & al., *Paradox management delegation: inter and intra-individual variability*, CAHIER DE RECHERCHE n°2010-03 E1, CERAG, <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00534719> consulté le 18/05/14

⁴⁴ Traduit de l'anglais « rejection, detachment, absorption, and transcendence »

⁴⁵ Chantal LACHENAYE-LLANAS, *Délégation de gestion et cohérence institutionnelle, Le management de pôles à l'hôpital*, éditions Dunod, novembre 2012

⁴⁶ Robert COULON, *cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion*, cahier du Fargo, juin 2011

⁴⁷ Sholom GLOUBERMAN, Henry MINTZBERG, *Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie*, Gestion N°273, mars 2002

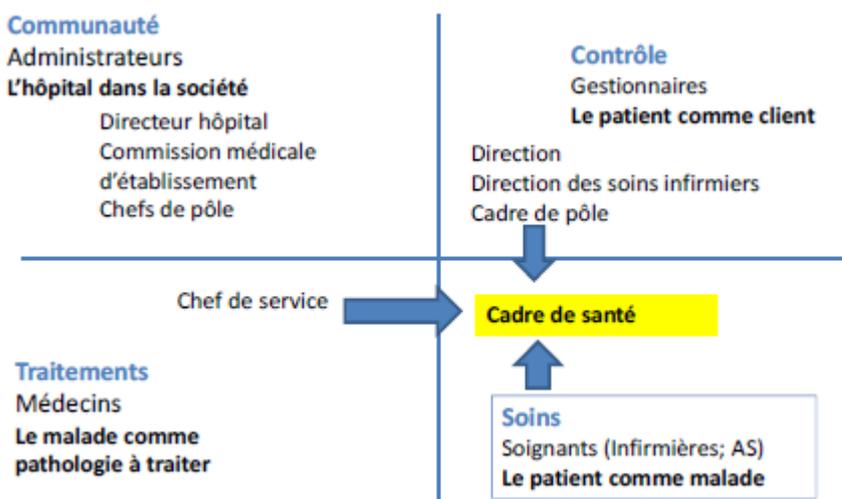
société et les usagers), cette étude analyse la place singulière des cadres de santé et leur relation au contrôle de gestion.

Les cadres de santé sont issus du monde du soin et les auteurs relèvent d'ailleurs qu'ils sont toujours classés dans cette catégorie dans le répertoire des métiers de la fonction publique, mais « ils encadrent (monde du contrôle), sous la responsabilité du médecin (monde du traitement). Obéissant à deux hiérarchies bien distinctes. »

Aussi, l'auteur de cette étude rapporte que les cadres de santé ne considèrent pas le contrôle de gestion comme étant leur mission, « 9 cadres sur 10 estiment que l'activité de cadre de santé dans son ensemble porte essentiellement sur l'organisation des soins et non pas sur le contrôle de gestion. (...) La très grande majorité des répondants ne mesurent et ne reportent ni les recettes, ni les dépenses. La plupart d'entre eux ne savent pas qui s'occupe de ce travail (ne peuvent pas citer la personne ou le service qui le fait). »⁴⁸

« Ils ne refusent pas de participer à une activité de contrôle de gestion si ce contrôle reste centré sur la prise en charge des patients. A partir du moment où le travail de gestion porte sur la mesure et la formalisation comptable des dépenses et des recettes de l'unité, ils estiment que ce n'est plus à eux de l'assumer. »⁴⁹

Schéma 2 : La place du cadre de santé dans le monde clivé de l'hôpital (adapté de Glouberman et Mintzberg)



Source : R. COULON, *cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion, Cahier du Fargo, juin 2011*

⁴⁸ Robert COULON, *cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion, cahier du Fargo, juin 2011*

⁴⁹ Ibid.

Le schéma présenté permet de distinguer la différence qui est faite entre le C.P.P. et le cadre de santé.

Pour l'auteur, le C.P.P. appartient au monde du contrôle, c'est-à-dire qu'il a franchi la frontière du monde du soin. Ce franchissement ne peut pas se faire sans une évolution des compétences. Contrairement à ce qui est prévu pour les chefs de pôle, il n'existe pas de formation obligatoire pour les C.P.P..

Pour les auteurs du rapports I.G.A.S. de février 2010, c'est « en renforçant la fonction de gestion dans les pôles qu'on permettra aux cadres supérieurs de pôle de se recentrer sur l'organisation et le management des soins et des soignants, et notamment des cadres de proximité. » En filigrane, l'idée est que le C.P.P. n'est pas à la place qui doit être la sienne, mais qu'il occupe cette place par défaut, parce que les établissements n'ont pas assez investi dans la gestion et dans le rôle des C.A.P..

Le chef de pôle apparaît dans ce schéma dans le monde de la communauté. Son mode de désignation par le directeur de l'établissement sur proposition d'une liste établie par le président de la C.M.E. et le directeur de l'U.R.F., dans les C.H.U. et les « nouvelles modalités de signature des contrats de pôles » qui désormais ne sont plus signés qu'entre le directeur et le chef de pôle » permettent de gommer « la confusion , souvent établie antérieurement, de faire des responsables de pôles des gestionnaires. »⁵⁰

⁵⁰ Chantal LACHENAYE-LLANAS, *Délégation de gestion et cohérence institutionnelle, Le management de pôles à l'hôpital*, novembre 2012, éditions Dunod

II. LA GESTION DES REMPLACEMENTS DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES HENRI MONDOR

A. La gouvernance à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

Au plan juridique, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris est décrite dans son règlement intérieur comme étant un seul « établissement public de santé de ressort régional, centre hospitalier régional et universitaire de la région Île-de-France ». Elle comprend un conseil de surveillance qui « se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement ». Elle est dirigée par un directeur général. Le directeur général est conseillé dans la gestion et la conduite de l'établissement par le directoire qui « approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. »

Chaque G.H. est doté d'un conseil de surveillance local et d'un comité exécutif. Le « comité exécutif assiste le directeur dans la conduite et le pilotage du groupe hospitalier ainsi que dans le suivi de l'exécution des contrats de pôle. »

En central, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris est dotée d'instances représentatives ; C.M.E., C.S.I.M.R.T., un Comité Technique d'Etablissement Central, un C.H.S.C.T. central. Ces instances sont déclinées par G.H. sauf le C.H.S.C.T. qui est décliné par hôpital.

Ainsi, il existe un C.T.E. Local qui « est consulté par le directeur du groupe hospitalier (...) pour l'organisation interne locale du groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun, les conditions et l'organisation du travail au sein du groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel, le bilan social local. Les avis émis par le comité local sont transmis au comité technique d'établissement central. »

« L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est un établissement de santé dont l'organisation est déconcentrée. Le directeur général confie la responsabilité des différentes structures de l'établissement à des directeurs qui lui rendent compte de leur gestion. (...) Le directeur général peut déléguer sa signature aux directeurs des pôles d'intérêt commun, des groupes hospitaliers et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier. » Il est

aussi stipulé au règlement intérieur que « le chef de pôle peut disposer d'une délégation de signature du directeur de groupe hospitalier. »

1. La décentralisation est relative

Bien que l'organisation soit déconcentrée à l'AP-HP, les G.H. jouissent d'une autonomie limitée. Ainsi « l'organisation des groupes hospitaliers en pôles est définie par le directeur général après concertation avec le directoire, avis du président de la commission médicale d'établissement et avis du comité technique d'établissement central. (...) Les chefs de pôle sont nommés par le directeur général. (...) Un contrat de pôle est signé entre le directeur général et chaque chef de pôle pour une durée de quatre ans. Il définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il prévoit les indicateurs retenus pour l'évaluation de ces objectifs. La signature du contrat de pôle s'effectue sur proposition du directeur du groupe hospitalier après avis du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et information de la commission médicale d'établissement locale. (...) Les comités techniques d'établissement locaux sont informés sur les contrats de pôles.»

L'AP-HP étant un seul établissement, les G.H. ne disposent que d'une autonomie relative dans la gestion de leur masse salariale. Ainsi, chaque G.H. se voit assigner des objectifs de maîtrise de la masse salariale. La mise en stage de tout agent est soumise à la validation du contrôleur financier et les évolutions du T.P.E.R. sont négociées entre le G.H. et le siège de l'AP-HP chaque année. En 2014, les G.H. doivent décliner pour le 30 avril leurs prévisions de stage pour l'année complète. Ces prévisions sont soumises à validation du siège.

La pression financière qui pèse sur l'AP-HP s'explique par l'objectif d'un retour à l'équilibre en 2016. Pour l'année 2013, « Les résultats font état d'une prévision de clôture à - 60 M€ pour le compte principal et -8 M€ pour le budget consolidé, sur un budget total de 6,9 milliards d'euros. (...) Les équilibres financiers sont préservés, la dette de l'AP-HP s'établissant à 2,238 Mds euros au 31 décembre 2013, soit un taux d'endettement de 31,2% des produits, en diminution par rapport à 2012 (32,7%). »⁵¹

⁵¹ *Compte provisoire 2013 de l'AP-HP : des résultats qui traduisent les efforts engagés pour le retour à l'équilibre en 2016*, Salle de presse APHP, le 12/03/14, <http://presse.aphp.fr/compte-provisoire-2013-de-lap-hp-des-resultats-qui-traduisent-les-efforts-engages-pour-le-retour-a-lequilibre-en-2016/> consulté le 18/05/14

Dans le volet médical du projet stratégique 2015-2019⁵², la C.M.E. qualifie de « hautement prioritaire » la construction d'une réelle délégation aux pôles de la gestion quotidienne des activités.

B. Les Hôpitaux Universitaires Henri MONDOR

« Le principe de la création des groupes hospitaliers, adopté par le conseil d'administration le 3 juillet 2009, consiste à mettre en place une gouvernance commune à plusieurs hôpitaux géographiquement proches. »⁵³

Les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor (H.U.H.M.) sont constitués de quatre hôpitaux sur six sites au Sud Est de Paris : Albert CHENEVIER - Henri MONDOR, Emile ROUX, JOFFRE - DUPUYTREN et Georges CLEMENCEAU.

Ce Groupe Hospitalier (G.H.) est un des 12 G.H. de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), il est étendu sur 52 kilomètres de long dans les départements du Val de Marne et de l'Essonne. Cette dimension géographique est singulière à l'AP-HP. Il est composé d'un site principal, l'hôpital Henri MONDOR rattaché à l'Université Paris Est Créteil (U.P.E.C.), siège du G.H. ayant ouvert ses portes en 1968, monobloc, d'activités de court séjour, composé de plus de 700 lits, fusionné depuis 2005 avec un site distant de 800 mètres d'architecture pavillonnaire regroupant 500 lits de S.S.R. et de psychiatrie ; l'hôpital Albert CHENEVIER. Le G.H. comprend aussi une filière gériatrique composée des 4 autres sites comportant près de 2000 lits constituant l'un des plus gros ensembles d'accueil de la personne âgée en France. La fermeture d'un de ces sites est annoncée et préparée de longue date.

Au plan de l'attractivité pour les patients, le G.H. est bi polaire : un pôle principal dans le Val de Marne avec Henri MONDOR, Albert CHENEVIER, Emile ROUX. Un pôle secondaire dans l'Essonne ; JOFFRE DUPUYTREN et Georges CLEMENCEAU qui recrutent pour une filière gériatrique des personnes âgées de leur territoire à 85%.

Le plus gros investissement inscrit au projet stratégique du G.H. est la construction d'un bâtiment destiné à accueillir les activités de réanimation, Bloc opératoire et

⁵² Thomas QUEGUINER, *Le volet médical du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP met l'accent sur la "parcimonie" du soin*, Hospimédia, 19/05/14

⁵³ *Un hôpital réorganisé pour répondre aux besoins des territoires et de la santé*, Organisation de l'APHP, <http://www.aphp.fr/aphp/hopital-reorganise-pour-repondre-aux-besoins-des-territoires-de-la-sante/> consulté le 18/05/14

Interventionnelles sur le site Henri MONDOR. La réalisation de ce bâtiment permettra de développer l'activité ambulatoire, d'augmenter et de regrouper sur un seul plateau la capacité d'accueil en réanimation (60 lits de réanimation et 30 lits de surveillance continue) et de relocaliser tout ou partie des lits de Soins de Suite Réadaptation spécialisés du site Albert CHENEVIER vers le site Henri MONDOR sur les surfaces ainsi libérées. Ce projet qui avait été acté en septembre 2013 par la directrice générale de l'AP-HP est de nouveau remis en question en avril 2014 car le siège de l'AP-HP demande une nouvelle étude des coûts.

Eloignés de quelques centaines de mètres, le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (C.H.I.C.) et l'hôpital Henri MONDOR ont un destin commun au travers, dans un premier temps au moins, d'un groupement de coopération sanitaire inscrit dans une logique de territoire. L'un dispose de la quasi-totalité des spécialités pour la prise en charge de l'adulte, l'autre dispose des secteurs pédiatriques, obstétriques et de quelques spécialités d'adulte complémentaires. Le partage des temps médicaux et le partage d'infrastructures existent déjà dans plusieurs spécialités. Soutenue par l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.), cette coopération tend à se développer. Lors de ses vœux, Martin HIRSCH, Directeur Général de l'AP-HP, a souligné « l'objectif "d'aller plus loin dans le rapprochement" entre l'hôpital Henri-Mondor et le CHI de Créteil. Pour matérialiser cette notion de parcours et de filière de soins, Martin HIRSCH entend permettre aux partenaires du C.H.U. d'afficher un label AP-HP. Le tout dans l'objectif, in fine, de viser une Assistance publique-hôpitaux du Grand-Paris (APHGP) pour en finir avec les querelles hospitalières franciliennes entre l'intra-muros et l'extra-muros parisien. »⁵⁴

1. La situation financière est stable

Les Hôpitaux Universitaires Henri MONDOR est le G.H. le plus excédentaire de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris en 2012. L'excédent dégagé est investi dans la solidarité entre les différents G.H. de l'AP-HP. Néanmoins, pour le groupe hospitalier qui nous concerne, l'objectif d'économie est fixé à plus de 8 millions d'euros en 2014 bien que ce G.H. soit à l'équilibre depuis déjà 4 ans. 60% de ces économies doivent être réalisées par le développement et la valorisation de l'activité et 40% par des efforts de gestion. La

⁵⁴ Sandra MIGNOT et Thomas QUEGUINER, *Martin HIRSCH présente ses dix leviers d'action pour l'AP-HP en 2014*, Hospimédia, le 21/01/14

réduction des dépenses d'intérim est un de ces efforts de gestion. En 2013, les dépenses d'intérim représentaient 1,5M d'€.

2. La masse salariale est maîtrisée

La situation des H.U.H.M. en termes d'effectifs paramédicaux et d'attractivité est disparate d'un site à l'autre du fait de localisations géographiques très différentes (52 Km de distance), de moyens d'accès limités pour les sites gériatriques de l'Essonne, et surtout d'activités différentes (court séjour / S.S.R.- S.L.D.).

Toutefois, aujourd'hui, il ressort du Tableau Prévisionnel des Emplois Rémunérés (T.P.E.R.) qu'il n'y a pas de poste vacant infirmier et aide-soignant.

Ce niveau d'emploi fait suite au recrutement de plus de 150 IDE en 2012. Il n'est à ce jour pas possible d'affirmer que cette situation est conjoncturelle ou structurelle. Cette situation résulte à la fois d'un nombre de diplômés infirmiers plus important en 2012 que les années précédentes, et à la fois d'une évolution de la politique de recrutement de notre G.H. (délégation du recrutement aux cadres paramédicaux de pôles, promotion de l'établissement...). La masse salariale du personnel non médical représentait 284 millions d'euros en 2013, elle était maîtrisée puisqu'elle représentait 99,3% des prévisions annuelles. Parmi les 7200 agents employés dans les H.U.H.M., 2150 sont des personnels diplômés (dont 79% exercent sur les sites Henri MONDOR et Albert CHENEVIER) et 2260 sont des personnels qualifiés (dont 55% exercent sur les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR). A ce jour, les H.U.H.M. emploient 1460 infirmiers diplômés d'Etat et 1860 aides-soignants.

3. La centralisation est importante

Les H.U.H.M. disposent d'une organisation centralisée. A l'image de l'AP-HP, l'organisation des H.U.H.M. est centralisée autour de directions aux compétences larges y compris souvent dans le registre opérationnel. Les instances telles qu'elles sont définies dans la loi H.P.S.T. permettent d'ailleurs cela en donnant au directeur un pouvoir important, et au directoire (et au conseil exécutif en local) un rôle souvent limité à la simple consultation.

Par ailleurs, la pression financière qui est exercée sur le G.H. et sur les individus qui le dirigent encourage cette volonté du tout centralisé. Le profil des directeurs, souvent jeunes avec des ambitions de carrières implique la recherche de résultats financiers visibles plutôt que la prise de la responsabilité de ne pas atteindre l'objectif de la tutelle du siège. Les

H.U.H.M. sont particulièrement marqués par le turn-over des directeurs autour d'une directrice qui est présente depuis plus de cinq années maintenant.

Aussi, cette centralisation est visible au travers de la concentration de l'information. L'absence d'information crée des zones d'incertitudes pour ceux qui la subissent et du pouvoir pour ceux qui la détiennent. La relation entre la direction des soins et la direction des ressources humaines, mais entre les directions au sens large et le reste de l'établissement peut être vue au regard de ce principe. Un exemple illustre assez bien cette situation ; Pour obtenir une vue sur le T.P.E.R. des sites Albert CHENEVIER – Henri MONDOR tenu par la direction des ressources humaines il aura fallu plusieurs mois aux directeurs des soins. Pour rendre cette vue possible aux cadres de pôles en permanence, il aura fallu qu'un directeur des soins diffuse le tableau sans en référer à la direction des ressources humaines. Les cadres de pôles ont développé leurs propres outils de suivi des effectifs, mais les écarts constatés entre les deux sources de données mettent souvent plusieurs mois à être corrigés. Interrogés sur le T.P.E.R. de leurs propres équipes, 3 cadres de suppléance du G.H. répondent qu'ils ne l'ont pas et que sur leur site le T.P.E.R. n'est plus connu des responsables R.H.

1. Le pouvoir

« Les équipes de direction doivent progressivement concevoir leur intervention comme celle de services supports aux producteurs de soins que sont les pôles médicaux et médico-techniques. (...) Il reste à engager un important travail d'acculturation de ces équipes, qui se conçoivent encore comme l'état-major de l'hôpital et qui manifestent parfois une grande méfiance à l'égard du corps médical en général. Si certaines réserves fortes à la délégation de gestion sont légitimes, beaucoup semblent reposer sur des réticences à voir leur cœur de métier redéployé dans les pôles.»⁵⁵ Le rapport de l'I.G.A.S. cité précédemment insiste avec une pesanteur certaine sur ce point en accordant un chapitre sur trois à l'acculturation des directions.

L'entretien avec le directeur des ressources humaines du G.H. et les positions exprimées par les directeurs des soins lors des réunions préparatoires à ce projet managérial et dans le cadre d'échanges sur une éventuelle réorganisation du bureau des remplacements des sites

⁵⁵ Guy VALLET & al., *Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, février 2010

Albert CHENEVIER – Henri MONDOR, montrent à quel point la perspective d'une délégation de gestion des remplacements n'est pas encore souhaitée par les directeurs. Pour l'un, il faudrait centraliser la gestion des remplacements à la direction des ressources humaines, pour les autres, le risque serait « de ne plus avoir de moyens pour répondre aux problèmes d'effectifs des services ». L'intervention d'un directeur des soins sur le projet de soins d'un pôle, telle qu'elle a été décrite par un C.P.P. au sortir d'une conférence de pôle, montre à quel point l'acculturation est difficile.

Les idées selon lesquelles les chefs de pôles devraient faire leur preuve au préalable à toute délégation, que les exécutifs de pôles n'ont pas forcément les compétences pour assumer des délégations de gestion ou que la situation financière de l'établissement ne permet pas de prendre de risque ont été exposées. L'enquête menée dans le cadre du rapport de l'I.G.A.S. confirme que ces arguments sont souvent utilisés par les directeurs pour justifier l'absence de délégation.

« Lors de nombreux entretiens, la mission a pu mesurer les réticences, les réserves, ou encore l'extrême prudence des directions fonctionnelles sur les délégations de gestion. (...) les réticences des directions fonctionnelles constituent aujourd'hui l'un des principaux freins de la progression de l'organisation polaire. » Ces arguments sont en quelque sorte balayés par le rapport de l'I.G.A.S. sans pour autant y apporter de réponse si ce n'est le travail d'acculturation des directions et la refonte de la formation dispensée par l'E.H.E.S.P.

Malgré cette résistance qui émane de la part des directeurs, le projet de délégation de la gestion des remplacements a des points d'appuis majeurs.

Le premier est le fait que le coordonnateur général des soins qui est responsable des bureaux des remplacements de l'ensemble du G.H. y est favorable et est vecteur d'avancées en la matière notamment en commandant ce projet managérial et en commandant le tableau de pilotage qui sera présenté ultérieurement.

Aussi, au sein de la direction des ressources humaines, un directeur arrivé depuis moins d'un an, et qui a été rencontré en entretien a exprimé sa franche adhésion au projet et son militantisme au sein de la direction des ressources humaines

Le principal levier serait de connaître la position de la directrice du G.H., mais elle n'a pas pu être rencontrée dans le cadre du projet.

Plusieurs actions de lobbying pour faire évoluer la position des directeurs ont été conduites depuis septembre 2013, elles seront présentées ultérieurement.

Les cadres paramédicaux de pôles cherchent une autonomie et un affranchissement de la direction des soins. Le directeur des soins est l'autorité hiérarchique historique du personnel soignant, mais cette autorité tend à diminuer naturellement. Les C.P.P. traitent avec une direction des ressources humaines qui gagne aussi en pouvoir en établissant une relation directe avec les pôles. Les directeurs des soins qui, jusque-là étaient impliqués dans les négociations d'effectifs, de remplacements et les projets des pôles, découvrent souvent tardivement ce qui est mis en place. Cela s'accompagne bien souvent d'un manque de transparence. L'expérience montre que lorsqu'un directeur des soins demande à tous les C.P.P. de déclarer les postes vacants à pourvoir pour, par exemple organiser le retour d'agents en congé parental et en disponibilité que l'établissement est contraint de reprendre, la réponse n'est pas spontanée, nécessite plusieurs relances et est source de tensions.

En entretien, un C.P.P. exprimera d'ailleurs clairement ce phénomène en expliquant que les directeurs des soins tardent à trouver leur position entre conflits avec la direction des ressources humaines et intervention dans les pôles, mais en jugeant que depuis très peu de temps le coordonnateur général des soins saisi l'occasion de se positionner pour « accompagner les projets ».

Lors des rencontres avec les cadres de suppléance, la question du devenir de leurs postes a été posée. La délégation de gestion des remplacements qui implique un transfert d'activité vers les pôles est en effet difficilement envisageable sans un transfert de moyens. Ce point a fait l'objet d'explications lors des réunions de cadres de suppléance.

C. Les pôles

1. Présentation

La réforme de l'ordonnance du 2 mai 2005 a introduit la nouvelle gouvernance hospitalière. Les pôles ont été mis en place en janvier 2007 à l'AP-HP. Jusqu'en 2012, le G.H. comprenait 17 pôles : 9 à l'hôpital Albert CHENEVIER – Henri MONDOR axés essentiellement sur des filières de soins thématiques (de l'aigu aux soins de suite par type d'organes), 4 à l'hôpital Emile ROUX, 3 à JOFFRE DUPUYTREN construits sur une logique SSR- SLD et 1 à l'hôpital Georges CLEMENCEAU.

La reconfiguration en 12 pôles en 2012 a tenu compte à la fois des logiques précédemment énoncées tout en donnant à chaque pôle une taille critique. Les données présentées ci-dessous sont extraites du logiciel OPALE en mars 2014 :

- Le pôle gériatrique du Val-de-Marne sur le site Emile Roux comprend 502 E.T.P. non médicaux,
- Le pôle gériatrique de l'Essonne sur les sites JOFFRE – DUPUYTREN et Georges CLEMENCEAU comprend 690 E.T.P. non médicaux,
- Le pôle Médecine et Chirurgie Cardio-Vasculaire sur les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR comprend 256 E.T.P. non médicaux,
- Le pôle Médecine interne, Gériatrie, Génétique, Urgences et spécialité sur les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR comprend 376 E.T.P. non médicaux,
- Le pôle Cancérologie Immunité, Transplantations, Infectieux sur les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR 642 E.T.P. non médicaux,
- Le pôle Neurolocomoteur sur les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR comprend 457 E.T.P. non médicaux,
- Le pôle de Psychiatrie sur les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR comprend 256 E.T.P. non médicaux,
- Le pôle Réanimations, Anesthésie, SAMU sur le site Henri MONDOR comprend 438 E.T.P. non médicaux,
- Le pôle Fonction Imagerie, Thérapeutique sur tous les sites du G.H. comprend 209 E.T.P. non médicaux,
- Le pôle Pharmacie à Usage Interne sur tous les sites du G.H. comprend 145 E.T.P. non médicaux,
- Le pôle Biologie sur tous les sites du G.H. comprend 238 E.T.P. non médicaux,
- Le pôle Recherche comprend 42 E.T.P. non médicaux,
- Le Bloc Opératoire rattaché au conseil exécutif local sur le site Henri MONDOR.

Les pôles sont dirigés par des médecins chefs de pôles assistés de Cadres Paramédicaux de Pôles (C.P.P.) et de Cadres Administratifs de Pôles (C.A.P.). Les chefs de pôles disposent d'une autorité fonctionnelle sur le personnel affecté dans les pôles, mais sur un plan hiérarchique, les C.P.P. sont sous l'autorité du coordonnateur général des soins et les C.A.P. sont sous l'autorité du directeur des finances. Lors d'un entretien avec le contrôleur de gestion de la direction des ressources humaines et lors d'un entretien avec le D.R.H. du G.H., il sera évoqué le faible lien entre direction des ressources humaines et C.A.P. Ce phénomène n'est pas spécifique aux H.U.H.M.. L'étude menée par l'association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires confirme que « les cadres administratifs de pôle travaillent de manière plus fluide avec les directions des finances qu'avec les D.R.H. »⁵⁶

2. Schéma d'encadrement

Un nouveau schéma d'encadrement paramédical a été annoncé le 1^{er} octobre 2013 par la directrice du G.H. et le coordonnateur général des soins.

Ce schéma instaure la fonction de cadre paramédical adjoint au cadre paramédical responsable de pôle. Le cadre paramédical de pôle choisi son (ses) adjoint(s) parmi l'équipe d'encadrement de son pôle et réparti les différentes missions. Les cadres adjoints des cadres paramédicaux de pôle ont soit des missions R.H., soit des missions qualité. La mission de référent R.H. de pôle peut ainsi être conservée par le cadre paramédical responsable de pôle ou être confiée à son adjoint. Dans deux pôles, les cadres référents R.H. ne sont hiérarchiquement pas en position supérieure aux cadres de santé d'unité de soins. A ce jour, trois pôles ont attribué des missions R.H. à des cadres référents.

Les missions de ces cadres référents R.H. ne sont pas identifiées dans des lettres de mission ou des fiches de poste. Le point commun de chacun de ces cadres est qu'ils interviennent dans le processus des remplacements. Deux d'entre eux interviennent aussi dans le circuit du recrutement. Leur position dans la structure n'est pas non plus identique. Un est en position de cadre supérieur et est détaché de l'encadrement d'un secteur. Les deux autres sont simultanément en position de proximité responsables d'un voire deux secteurs de soins.

⁵⁶Jean-Marie BARBOT & al., *Réflexions et pratiques RH à l'hôpital – Tome 2*, Edition Berger-Levrault, septembre 2013

Un bilan à 6 mois de la mise en place des cadres référents R.H. fait apparaître que ces deux derniers expriment des difficultés à l'exercice de leurs missions de référents R.H. liées notamment à la charge de travail et à la relation et aux interventions des médecins. L'absence de position hiérarchique vis-à-vis du reste de l'encadrement du pôle est aussi un frein exprimé par l'un de ces cadres référents R.H. de pôle.

3. Délégations déjà mises en œuvre

Dès la mise en place des pôles en 2007, la gestion des heures supplémentaire a été déléguée aux pôles. Pour accompagner cette délégation, la direction des soins avait élaboré un outil de gestion des heures supplémentaires. Une procédure de gestion des heures supplémentaires avait été mise en place, mais elle a rapidement été abandonnée par les pôles. Elle n'est plus appliquée à ce jour. Chaque pôle a développé sa propre organisation et ses propres modalités de gestion sans pour autant que celles-ci soient formalisées dans une procédure de pôle. Lors de la mise en place de cette délégation de gestion qui devait être la première des délégations pour permettre aux pôles de faire la preuve de leur capacité à gérer une enveloppe budgétaire, il n'avait pas été prévu d'outil spécifique de suivi des dépenses d'heures supplémentaires, néanmoins, rapidement ce suivi a pu se faire par le moyen d'une application institutionnelle qui malheureusement a longtemps présenté un manque de fiabilité. A ce jour, les dépenses en heures supplémentaires apparaissent non maîtrisées. Elles sont souvent le premier recours pour le remplacement.

Les pôles disposent aussi d'une délégation de gestion pour la formation continue. Toutefois cette délégation est limitée car outre le fait qu'ils doivent réaliser un plan de formation (la logique de plan de développement professionnel continu n'est pas encore intégrée), ils ne disposent pas de délégation de signature pour engager des moyens supplémentaires. Pour organiser leurs propres actions de formation, dès lors qu'elles nécessitent un financement, ils doivent négocier avec le directeur des ressources humaines. Il s'agit de la simple mise en application de la loi H.P.S.T. et de ce qu'elle prévoit en matière de compétences du chef de pôle, et non d'une délégation de signature à proprement parler.

Depuis 2012, les pôles ont aussi obtenu une délégation de gestion des recrutements. Mais là encore le caractère de cette délégation est très limité puisque leur rôle se limite à proposer les candidatures à la direction des ressources humaines qui accorde le recrutement

au vu du T.P.E.R.. Il s'agit là encore de ce qui est prévu de façon systématique par la loi H.P.S.T. et qui n'avait pas été mis en place précédemment alors que cela était facultatif.

Pour cette analyse, j'ai demandé à un C.P.P. de me fournir le contrat de pôle signé par son chef de pôle. Le document qui m'a été présenté ne comportait aucun élément en matière de gestion et de moyens alloués. Il comportait uniquement des projets médicaux de services. Le C.P.P. m'a déclaré ne pas avoir connaissance du contrat de son pôle.

La politique d'intéressement dans le G.H. n'a pas été connue pour cette analyse. Il existe un intéressement individuel qui consiste à octroyer des primes, mais l'intéressement collectif est inconnu. Il est probable qu'il n'existe pas car l'AP-HP étant en déficit, les gains financiers liés à la bonne gestion sont investis dans la solidarité entre les G.H. et dans la réduction de l'endettement de l'institution.

4. Les pôles entre déresponsabilisation et incapacité d'agir

a) Maturité et compétence des pôles

La notion de maturité fait appel, en partie, à l'âge de l'organisation. Les pôles sont constitués depuis 2007, et remodelés depuis 2012. Ce temps a permis à certains de mettre en place des organisations plus ou moins formalisées et abouties. La théorie de la contingence désigne d'ailleurs le facteur de l'âge de l'organisation comme étant à l'origine d'une plus grande formalisation.

Le manque de maturité des pôles est mesurable notamment au travers de leur investissement dans la politique de gestion R.H. globale de l'établissement. A ce jour, alors que le plan de développement professionnel continu (D.P.C.) leur incombe, ils n'ont toujours pas saisi l'occasion de transformer les plans de formation des pôles en plans D.P.C.. Bien que la cartographie des compétences soit inscrite au projet de soins central de l'AP-HP depuis 2010, ils n'ont pour le moment pas encore investi ce domaine non plus. L'évaluation par compétences a fait l'objet d'une formation institutionnelle, une commande a été passée à trois pôles pour l'expérimenter, mais là encore, le résultat de cet investissement est difficilement mesurable. Alors qu'ils ont l'opportunité de nommer des cadres adjoints référents R.H., seulement trois pôles se sont engagés dans cette démarche.

Pour ce qui est du domaine des remplacements, régulièrement la capacité de l'encadrement à argumenter les demandes de remplacements est critiquable. Le bureau des remplacements est encore amené à apporter comme réponse « motif non valide » lorsque

les demandes sont faites pour des faux motifs (300 demandes en 2013, 60 dans les 2 premiers mois de 2014). L'incapacité à anticiper les tensions dans les effectifs est aussi mesurable. En 2013 ; 1/5 des demandes de remplacement au motif de congé maternité, qui devraient donc bénéficier d'une large anticipation, étaient réalisées avec moins de 5 jours d'anticipation sur les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR.

Le défaut de compétence vient en partie du fait que l'encadrement paramédical des pôles n'a pas totalement franchit la frontière du monde du soin au monde du contrôle. Ainsi, la question du recrutement de l'encadrement des pôles – C.P.P. mais aussi C.A.P.- est posée. Les C.P.P. et les C.A.P. sont pour partie issus de l'établissement et depuis leur prise de fonction, ils n'ont pas bénéficié de formation spécifique à ces fonctions. Toutefois, il est à noter que depuis 2013, l'AP-HP organise en partenariat avec l'école de sciences politiques des formations pour répondre à l'obligation de formation des chefs de pôles, mais par la même occasion une formation a été organisée pour les C.P.P. et pour les C.A.P.. Ils devraient être tous formés d'ici à fin 2014.

Une autre piste pour expliquer le manque de compétence des exécutifs de pôles est liée à la divergence d'intérêt et au paradoxe de la position de médecin et gestionnaire. Lors d'un entretien avec un exécutif de pôle, questionné sur son intérêt pour la mise en place de délégation dans le domaine R.H., un chef de pôle qui exerce cette fonction depuis peu de temps, et débute sa formation obligatoire, ne saisit pas l'opportunité de cette délégation. J'émetts l'hypothèse que ce médecin chef de pôle qui est lui-même déjà confronté aux multiples demandes de ses confrères chefs de services, ne veut pas assumer le rôle de rationaliser les ressources. Sa position peut en effet être paradoxale lorsqu'il a besoin de plus de ressources pour les soins de ses patients et que dans le même temps il doit les rationaliser.

Toutefois, incriminer les exécutifs de pôles pour un manque de compétence n'est pas l'argument le plus juste pour expliquer cette situation. Les compétences sont par nature liées à l'environnement dans lequel elles s'exercent. La question de la compétence des exécutifs est donc nécessairement liée aux moyens de gestion qui leurs sont donnés et à la ligne managériale de l'établissement.

b) Moyens de gestion et déresponsabilisation

Lors du même entretien avec l'exécutif d'un pôle, pour le C.P.P., la perspective d'une délégation supplémentaire dans le domaine R.H. est « intéressante, mais pas prioritaire » et surtout ne doit pas se limiter au transfert d'une responsabilité. Elle doit être assortie des moyens utiles.

Le taux d'encadrement est un frein. En 2012, le nombre d'I.D.E. et d'A.S. par cadre de santé était de 24,1 à l'hôpital Henri MONDOR. L'hôpital Henri MONDOR fait ainsi partie des 20% d'établissements les moins bien dotés au niveau national parmi les établissements de même typologie (établissements ayant le même profil d'activité). Les hôpitaux JOFFRE-DUPUYTREN et Georges CLEMENCEAUX faisaient partie des 20% les moins bien dotés de leur catégorie.⁵⁷ Ces données incluent également les faisant fonction de cadres, elles permettent de qualifier cette situation de sous encadrement. La position des cadres référents R.H. qui ne sont ni détachés de leur secteur, ni en position hiérarchique vis-à-vis des cadres des services peut donc aussi s'expliquer par ce faible taux d'encadrement.

Les cadres administratifs de pôles devraient incarner la fonction de gestionnaires dans les pôles, ils devraient pouvoir élaborer des analyses de la performance allant plus loin que le seul *reporting* de données financières. Néanmoins, et ce point sera plus amplement développer ultérieurement, leurs missions restent très limitées et ne permettent pas d'engager un pilotage médico-économique des pôles. Un C.P.P., lors d'un entretien informel pointera le défaut de compétence en contrôle de gestion de son collègue C.A.P..

Pour le chef de pôle interrogé, il « n'a jusque-là aucune délégation », mais surtout il explique son « découragement » face à la « lutte violente et permanente » avec les différentes directions pour obtenir des ressources nécessaires pour les patients. Aussi, il insiste sur le besoin de connaître les critères sur lesquels il sera évalué en qualité de chef de pôle.

Un autre C.P.P. en entretien informel exprime son désenchantement lorsqu'en conférence de pôle, il découvre que le projet de soin qu'il a élaboré a été remplacé par un projet de soins dont il n'a pas connaissance et qui a été élaboré par un directeur des soins. L'intervention des directions dans le fonctionnement opérationnel des pôles est un frein, elle

⁵⁷ Hospidiag, <http://hospidiag.atih.sante.fr> consulté le 29 avril 2014

contribue à la démotivation voire au découragement des exécutifs de pôle et les prive de tout moyen d'action.

L'absence de données de pilotage pour les pôles est un frein. Ces données de pilotage devraient leur permettre de guider leurs actions. Cette absence de données de pilotage a aussi pour conséquence de les déresponsabiliser. En effet, les résultats obtenus de par leur gestion ne sont pas visibles. Ainsi, les efforts, tout comme les erreurs n'étant pas observables, ils pourraient être de fait peu impliqués. En conséquence, dans ce contexte, le principe même de la subsidiarité perd de son intérêt.

Concernant les objectifs fixés aux pôles. Les contrats de pôles n'ayant pu être consultés, il est difficile de prendre position à ce sujet. Rappelons simplement que la responsabilisation des acteurs tient à leur confier des objectifs et des moyens pour y parvenir.

D. La gestion des remplacements

1. Objectif

L'objectif de la gestion des remplacements du personnel paramédical est de mobiliser et répartir des ressources rationalisées de personnel paramédical, en cas d'inadéquation entre le besoin (charge en soins) et les effectifs présents, pour assurer la continuité des prises en charges et contribuer au maintien de conditions de travail favorables. Ces ressources se mesurent en quantité (coût, volume horaire, nombre de journée de travail) et en qualité (grades, compétences).

La rationalisation est le « développement de la logique gestionnaire dans une situation où il s'agit d'accomplir au meilleur rapport qualité/prix des tâches ou « actes », faisant l'objet d'une tarification de plus en plus précise, dans une organisation du travail où l'autonomie professionnelle ne disparaît pas, mais doit se soumettre à la prescription des objectifs et à l'allocation des moyens par des instances gestionnaires et non professionnelles. »⁵⁸ Les ressources humaines représentent à elles seules plus de 70% des dépenses des établissements de santé. Pour cette raison, leur rationalisation est un enjeu essentiel.

Dans le projet de soins central de l'AP-HP, « l'encadrement, garant de la continuité, de la sécurité et de la qualité des soins doit affecter la bonne compétence au bon endroit au

⁵⁸ Sophie DIVAY et Charles GADEA, *Les cadres de santé face à la logique managériale. L'encadrement à l'épreuve du management public*, Revue française d'administration publique n°128, 2008

bon moment et assurer la conformité des soins aux bonnes pratiques. Les cadres organisent le remplacement des paramédicaux au sein des pôles en veillant à l'adéquation quantitative et qualitative des effectifs à l'activité. »⁵⁹ Deux idées sont relevées ici ; la gestion des compétences par l'encadrement et le niveau de cette gestion qui est affirmé dans les pôles.

Les compétences « sont à la croisée du savoir, du vouloir et du pouvoir qui en constituent les ressources pour l'action et que l'individu va structurer, avec lesquelles il va transiger, au gré des situations qu'il rencontre. (...) Elles sont ce « quelque chose de plus » qui décrit une forme d'intelligence située, désignant la capacité d'un individu à résoudre des problèmes, à savoir agir en situation. Elles ne peuvent se construire en dehors de l'action en situation, contrairement aux savoirs et aux connaissances qui peuvent être détenus indépendamment de leur mise en œuvre. Elles sont contextuelles et singulières, résultat d'une rencontre entre l'individu et l'environnement. »⁶⁰

La gestion des compétences repose sur le repérage, le développement et l'évaluation de celles-ci. Par repérage des compétences, il faut entendre à la fois le repérage des compétences ou des potentiels de compétence d'un agent et le repérage des compétences attendues. La cartographie des compétences devrait répondre à ce dernier point.

L'évaluation des compétences repose sur la pratique. De par la nature imbriquée des compétences dans le travail, leur évaluation ne peut se faire que dans la situation de travail. En cela, la gestion des remplacements lorsqu'elle est organisée en mode centralisé pour un établissement pose question à elle seule.

2. Moyens de remplacement

Les cadres paramédicaux responsables de pôle ont une délégation partielle de signature du directeur pour engager les dépenses en matière de remplacement de personnel paramédical. Ils ont la délégation pour les heures supplémentaires, alors que les commandes d'intérim sont soumises à validation des directeurs des soins et le recrutement de contractuels est soumis à validation du directeur des ressources humaines.

a) Les équipes de suppléance

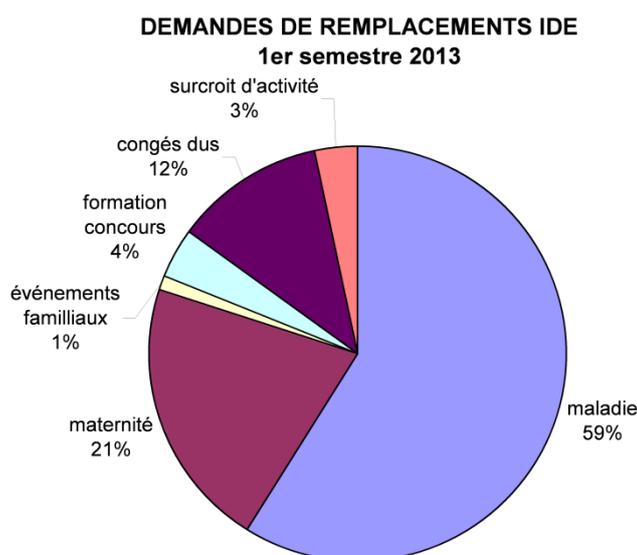
Les équipes de suppléance ont été mises en place dans les hôpitaux qui composent le G.H. dans le début des années 2000 lors de la mise en place de la réduction du temps de

⁵⁹ Axe 2 - Point 2 du projet de soins central de l'assistance publique – hôpitaux de Paris, novembre 2009

⁶⁰ Etienne BOURGEOIS et Marc DURAND, *Apprendre au travail*, Collection PUF, 2012

travail. Ces équipes ont des objectifs qui varient selon les sites et dans le temps. La mission initiale était de palier aux absences inopinées de personnel, mais à présent les équipes de suppléance interviennent dans une plus large proportion pour des arrêts programmés de longue date.

Graphique 1 : Les motifs de demandes de remplacements des sites Albert CHENEVIER – Henri MONDOR



A titre d'illustration, le graphique N°1 représente les motifs des demandes de remplacement sur les sites Albert CHENEVIER – Henri MONDOR au premier semestre 2013. Ces données n'ont pas été rendues disponibles pour les autres sites du G.H.. Les principaux motifs de demandes sont les absences pour maladie (59%), les congés dus (12%) et les absences pour congé maternité (21%). Le surcroît d'activité (3%) est principalement imputable à la prise en charge d'un nombre croissant de patients infectés recrutés à l'étranger ou ayant voyagé, et nécessitant la prise en charge par une équipe dédiée. Le recrutement de patients étrangers concerne 1% des séjours du G.H. (330 séjours en 2011), mais tant à croître compte tenu de la politique de l'institution et de la renommée des spécialités médicales et chirurgicales de pointe du site Henri MONDOR.

Les équipes de suppléance du G.H. représentaient une masse salariale de 4,6 millions d'euros en 2013. Elles sont composées de 119 agents dont 51 infirmiers diplômés d'Etat (38 pour les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR, 9 pour le site Emile ROUX et 4 pour le site Georges CLEMENCEAU) et 68 aides-soignants (27 à JOFFRE DUPUYTREN, 25 sur les sites

Albert CHENEVIER et Henri MONDOR, 12 sur le site Emile ROUX et 4 sur le site Georges CLEMENCEAU).

Sur les sites Emile ROUX et Georges CLEMENCEAU, les équipes de suppléance de nuit sont encadrées et affectées par les cadres de nuit. Sur ce dernier site, il n'existe pas d'équipe de suppléance en journée.

Les équipes de suppléance de tous les sites réalisent des missions de courte durée, inférieures à 3 jours consécutifs. Exceptionnellement, sur le site Henri MONDOR des missions longues peuvent être organisées lorsqu'il s'agit de répondre à un cumul d'absences sur un même secteur pour lequel des compétences particulières sont nécessaires. Cette équipe regroupe des compétences infirmières et aides-soignantes «généralistes». Pour faire face à un nombre important de postes vacants infirmiers entre 2009 et mi-2012, et donc à un recours massif au travail temporaire dans un environnement médical de spécialités de pointe sur le site Henri MONDOR (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, hématologie...), une démarche globale a été mise en place pour repérer les postes de travail les plus accessibles au personnel remplaçant sans que cette démarche soit formalisée. La démarche de cartographie des compétences reste à développer.

Bien qu'amenées à travailler dans des services cliniques de pointe, les infirmières sont affectées quotidiennement sur les postes les plus accessibles, à savoir des postes de travail en secteur d'hospitalisation conventionnelle. A titre d'exemple, l'équipe de suppléance n'intervient pas en unité stérile d'hématologie ou en unité de dialyse. La compétence infirmière pour remplacer au bloc opératoire n'est actuellement pas disponible dans cette équipe et a entraîné une dépense de 259393€ d'intérim au 1^{er} semestre 2013. La refonte des organisations de travail en secteur d'anesthésie a entraîné une dépense exceptionnelle de 206848€ pour du personnel intérimaire infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (I.A.D.E.) sur la même période.

L'intégration des nouveaux agents à l'équipe de suppléance fait l'objet d'une procédure et repose sur le tutorat par des pairs de l'équipe de suppléance. La plus-value de ce dispositif réside dans la transmission de la culture de la mobilité au sein de l'équipe de suppléance.

L'équipe de suppléance est qualifiée de «bras armé» de la direction des soins. Son action ne se limite pas au simple fait d'assurer le remplacement de personnels absents, elle assure aussi au sein de l'établissement la transmission de savoirs, et participe à appuyer la politique en matière de soins et d'organisation soignante. Par ailleurs, les retours effectués

lors des réunions mensuelles d'équipe ou lors d'entretiens individuels sont autant d'indicateurs de la vie des services. L'équipe de suppléance est représentée par une élue à la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et elle participe en priorité aux actions de formation les plus stratégiques (nutrition, bienveillance, agressivité violence, tutorat...).

Depuis le 1^{er} janvier 2014, 6 infirmiers diplômés d'Etat sont affectés à une nouvelle équipe de suppléance dédiée aux secteurs de réanimation sur le site Henri MONDOR. La création de cette équipe a été décidée pour répondre à des besoins spécifiques de ce pôle (organisation de travail en 12H et particularité des compétences) avec des moyens issus pour moitié de l'équipe de suppléance du site et pour l'autre moitié des effectifs du pôle. Cette équipe est rattachée à la direction des soins et non au pôle. Lors de la création de cette équipe, plusieurs configurations ont été envisagées. La première consistait à intégrer cette équipe au pôle R.A.S. et à en confier la gestion au cadre référent R.H. adjoint du C.P.P.. La deuxième configuration envisagée consistait à créer une équipe dédiée aux réanimations au sein de l'équipe de suppléance existante. Les négociations entre le pôle et la direction des soins ont abouti à la deuxième solution aux motifs que l'encadrement du pôle R.A.S. ne disposait pas des ressources nécessaires pour manager cette équipe (2 postes de cadres vacants), que le bénéfice de l'expérience acquise en matière de gestion des remplacements devait être privilégié. Les agents pressentis pour intégrer cette nouvelle équipe ont aussi manifesté leur préférence pour une gestion centralisée par la direction des soins. Ils ont exprimé la crainte, dans le cas contraire d'être affecté de façon durable sur un même poste de travail et de perdre l'intérêt du poste de remplaçant. Bien que l'organisation de cette équipe soit centralisée, de nouvelles méthodes de recrutement et de management ont été définies pour cette équipe, ainsi le processus de recrutement des agents intègre deux temps d'entretiens. Un premier entretien avec le cadre responsable de l'équipe et un deuxième entretien consultatif avec le cadre référents R.H.. Le premier évalue la capacité à s'adapter aux spécificités du poste de remplaçant, le deuxième évalue le potentiel de compétences en réanimation. Les modalités d'intégration sont déterminées pour l'acquisition des compétences en réanimation par le cadre référent R.H. du pôle, dans le cadre d'une intégration à l'équipe de suppléance définie par le cadre de suppléance. Le parcours du nouvel infirmier comprend ainsi un temps de tutorat dans l'ensemble des services de

l'hôpital par un infirmier de l'équipe de suppléance et un temps de tutorat par des infirmiers dans chacune des réanimations et en salle de surveillance post interventionnelle.

L'évaluation des agents affectés à l'équipe de suppléance des sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR (y compris réanimation) est réalisée par le cadre de suppléance à partir des avis émis par les cadres de proximité. Des supports d'évaluation sont envoyés aux cadres de proximité des trois services les plus fréquentés par chaque agent durant l'année.

b) L'intérim

Le travail temporaire est réglementé par le code du travail. Le travail temporaire paramédical est soumis à un marché établi par la cellule des marchés de l'AP-HP. L'AP-HP est répartie en 4 lots. Pour chaque lot un prestataire titulaire du marché est désigné et 8 entreprises de travail temporaire (E.T.T.) sont désignées en cas de carence du titulaire. Les délais de carence sont prévus par ce marché. L'élargissement aux 8 autres sociétés est simultané et doit permettre une mise en concurrence.

Les pôles se voient notifier une enveloppe annuelle pour l'intérim.

La commande est réalisée par le bureau des remplacements après validation du directeur des soins sur les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR. Sur les autres sites du G.H., les cadres de suppléances valident la demande qui émane des cadres de proximité.

Dans tous les cas, les cadres de proximité doivent obtenir un aval du C.P.P. avant d'adresser la demande d'intérim au bureau des remplacements.

Dans l'E.P.R.D. du G.H. un budget de 1,4 millions d'euros était notifié en 2013. La dépense au 31/12/13 était de 1.5 millions d'euros (+138000€).

c) Les heures supplémentaires

La gestion des heures supplémentaire est déléguée aux pôles. Ils se voient notifier une enveloppe annuelle.

Dans l'E.P.R.D. du G.H. un budget de 2,4 millions d'euros était notifié en 2013. La dépense au 31/12/13 était de 2,56 millions d'euros (+559000€).

Les dépenses d'heures supplémentaires sont souvent le premier recours pour le remplacement dans les pôles car leur mobilisation est simplifiée.

Il y a un décalage entre la réalisation et le paiement des heures supplémentaires et il n'existe pas de tableau de bord en temps réel des dépenses d'heures supplémentaires.

d) Le personnel contractuel

Le personnel contractuel est recruté sur avis des cadres paramédicaux de pôles sur les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR. Sur le site Emile ROUX, les entretiens de recrutement des aides-soignants sont réalisés par le chef du personnel.

Dans l'E.P.R.D. du G.H. un budget de 9,3 millions d'euros était notifié en 2013. La dépense au 31/12/13 était de 11,8 millions d'euros (+2457000€).

3. Organisation des bureaux des remplacements dans le G.H.

Les directions des soins de chaque hôpital du G.H. intègrent un bureau des remplacements. Mais compte tenu de la jeunesse du G.H., des différentes activités et dimensions de chaque site et de la distance géographique entre ces différents sites, il n'y a pas d'unicité dans les organisations. Chaque site du G.H. a sa propre organisation et son propre fonctionnement hérités et réformés au fil du temps. Les données d'activités de remplacements paramédicaux des différents sites ne font pas l'objet d'un rapport d'activité commun. Jusqu'à septembre 2013, il n'existait pas de lien entre les bureaux des remplacements de chaque site et les cadres de suppléance ne s'étaient jamais rencontrés.

Lors de la première rencontre des cadres de suppléance, il a été procédé à un recensement des missions de ces derniers. Outre le fait de s'occuper de l'affectation des agents des équipes de suppléance (sauf sur le site Georges CLEMENCEAU où il n'y a pas d'équipe de suppléance en journée), ils assurent les commandes d'intérim et le recrutement et l'affectation des vacataires.

Le nombre de demandes de remplacements traitées varie selon les sites de 1000 demandes sur le site Georges CLEMENCEAU à 20000 demandes sur les sites Albert CHENEVIER – Henri MONDOR.

Sur les sites Albert CHENEVIER – Henri MONDOR, JOFFRE-DUPUYTREN et Emile ROUX, les cadres de suppléance supervisent les dispositifs d'apprentissage des étudiants en soins infirmiers. Cette activité est variable selon les sites (36 apprentis sur les sites Albert CHENEVIER – Henri MONDOR entre 2011 et 2013, 1 à Emile ROUX et 1 depuis septembre 2013 à JOFFRE-DUPUYTREN). Le recrutement des allocataires d'études infirmiers est aussi confié aux cadres de suppléance des sites Albert CHENEVIER – Henri MONDOR et Emile ROUX alors que sur les autres sites il est confié au C.P.P.. La gestion des agents en promotion professionnelle lors des retours sur site en qualité d'aides-soignants (interruption de formation 5 semaines en première année et 8 semaines l'été pour les aides-soignants et

auxiliaires de puériculture en formation infirmière) est assurée par les cadres de suppléance des sites Albert CHENEVIER – Henri MONDOR et JOFFRE-DUPUYTREN alors qu'elle est confiée aux C.P.P. sur les autres sites. Selon les années, cela représente entre 25 et 40 agents pour les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR.

Parmi les autres missions des cadres suppléance, figurent de façon aléatoire en fonction des sites ; la participation aux gardes administratives, la validation des heures supplémentaires, le recrutement des remplaçants de congés annuels, des aides-soignants et des agents de services hospitaliers, voire des infirmiers sur le site Emile ROUX, la responsabilité des secrétaires hospitalières, la gestion des stages paramédicaux, le suivi des changements d'affectations ou la formation continue. Sur les sites Emile ROUX et Georges CLEMENCEAU, les cadres suppléance assurent aussi des missions de référents de site dans le domaine de la qualité des soins tel que référent bientraitance, référent évaluation du dossier de soins, référent hémovigilance. Sur le site Albert CHENEVIER – Henri MONDOR le cadre organise la promotion du recrutement paramédical pour le G.H..

Sur les JOFFRE-DUPUYTREN et Emile ROUX les cadres de suppléance sont assistés de la secrétaire de la direction des soins et se remplacent mutuellement avec les cadres référents qualité des directions des soins lors de leurs congés. Sur le site Georges CLEMENCEAU, le cadre chargé des remplacements est placé sous l'autorité du cadre supérieur de santé référent de site. Elle est assistée d'un adjoint administratif. Sur les sites Albert CHENEVIER – Henri MONDOR, le cadre de suppléance est assisté de deux adjointes ; une adjointe administratif et une aide-soignante assurant des missions administratives.

Les cadres de suppléance sont placés sous l'autorité hiérarchique des directeurs des soins de sites sauf pour les sites Albert CHENEVIER – Henri MONDOR où le coordonnateur général des soins assure cette mission.

Au fil du temps, et dans un contexte de changement des organisations avec la mise en place des pôles, le bureau des remplacements des sites Albert CHENEVIER – Henri MONDOR tend à devenir un prestataire des pôles ; les cadres paramédicaux responsables des pôles sont les commanditaires d'actions d'aide au recrutement, et au remplacement. Ce constat n'est que partiellement partagé par les cadres des autres sites.

Les règles qui régissent le fonctionnement des remplacements font l'objet d'une charte des remplacements sur chaque site.

4. Complexité du processus et difficultés de pilotage

a) Processus de gestion des remplacements

(1) *Complexité du processus*

Dans cette partie de l'analyse, il convient de considérer l'organisation comme un ensemble de processus. Nous identifions ainsi des processus d'amont qui ne sont pas exhaustifs ; la négociation de contrats de pôles, l'élaboration de planning, le recrutement, l'identification des compétences requises, la formation et le développement des compétences, la négociation des moyens budgétés pour le remplacement mais aussi la négociation des moyens permanents attribués aux pôles et répartis dans les services. Nous identifions aussi des processus d'aval ; le dialogue de gestion, le suivi des dépenses, l'évaluation de la qualité des prestations de remplacement, le paiement des prestataires.

Une partie du processus de gestion des remplacements est intégrée dans les pôles : heures supplémentaires, élaboration et lissage de planning, recherche de solutions au sein du service et du pôle. Le recrutement d'agents contractuels est réalisé par la direction des ressources humaines sur propositions des pôles. L'autre partie du processus de gestion des remplacements est centralisée dans les directions des soins ; équipe de suppléance, intérim et vacataires.

Pour le domaine des remplacements de personnel paramédical, la description du processus n'est pas aisée car elle est diverse en fonction des sites et des pôles et est faite d'une multitude de variantes et d'exceptions. La gestion des remplacements fait appel à la mobilisation des ressources internes (mobilités du personnel entre les secteurs, ajustements des plannings, recours à l'équipe de suppléance lorsqu'elle existe), au recours aux solutions de remplacements qui engagent une dépense supplémentaire (heures supplémentaires et intérim), et en dernier recours à l'adoption de modes dégradés et de limitation d'activité. La limitation d'activité n'est toutefois pas envisageable à court terme en S.S.R.-S.L.D. alors qu'elle peut être rapidement mise en œuvre en réanimation par exemple ou le turn-over des patients est plus important. Pour l'hôpital Georges CLEMENCEAU, le recours à l'intérim est privilégié aux heures supplémentaires, il en est de même pour le pôle réanimation qui a accumulé un volume de jours dus important. Aussi pour le remplacement des aides-soignants sur les sites Emile ROUX et Albert CHENEVIER – Henri MONDOR, l'intérim est interdit alors qu'il représente un poste budgétaire important sur les sites JOFFRE et

DUPUYTREN. Il existe ainsi une multitude de variations et d'exceptions et la description du processus dans sa globalité pourrait faire l'objet d'un nombre non mesurable de pages.

L'analyse du processus porte aussi sur le domaine décisionnel. A qui revient la décision de mobiliser telle ou telle ressource ? Sur quels éléments cette décision est prise ? Là encore, il est difficile de définir un processus décisionnel commun à l'ensemble du G.H. et à l'ensemble des pôles. D'une façon générale sur les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR la décision de mobiliser l'intérim dépend des directeurs des soins, alors que sur les autres sites, le cadre de santé en charge des remplacements à plus d'autonomie. Sur les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR, la décision de commander de l'intérim fait intervenir les cadres de proximités, le C.P.P. ou son adjoint référent R.H., le directeur des soins référent du site et le bureau de la gestion des remplacements. La décision de commander est prise par le directeur des soins qui bien souvent ne dispose que d'informations parcellaires sur la situation des effectifs et sur l'activité. Les critères de son jugement sont parfois peu clairs et le résultat est contesté par le directeur des ressources humaines.

L'existence ou non d'une équipe de suppléance sur les différents sites est aussi un facteur de diversité des organisations.

La proximité d'un institut de formation en soins infirmiers pour les sites Albert CHENEVIER – Henri MONDOR et Emile ROUX permet d'avoir plus facilement recours à des étudiants en soins infirmiers vacataires que pour les autres sites.

Les pôles présentent des configurations différentes qui ne permettent pas de mobiliser le remplacement de façon identique. Les pôles multi-sites sont limités dans la mobilité des agents. Les activités variées des pôles associant médecine et chirurgie limitent aussi la mobilité pour des raisons de compétences.

Une illustration de cette complexité est l'inexistence de procédures de gestion des remplacements. Sur chaque site, il existe des chartes des remplacements qui listent les obligations des différents intervenants, s'apparentant à des normes, mais pas de procédure ou de mode opératoire décrivant avec fiabilité les tâches.

Le point commun du processus entre tous les sites est l'existence d'un logiciel support identique, mais là encore, l'utilisation qui en est faite et sa configuration ne sont pas les mêmes selon que l'on traite 20000 demandes de remplacements à l'hôpital Albert CHENEVIER – Henri MONDOR ou 1000 à 3000 dans les autres sites.

Il n'y a donc pas un processus unique pour arriver à satisfaire de façon rationnelle, le besoin de mobiliser des ressources de personnel paramédical de remplacement. Je prends le parti de considérer ce processus comme une « boîte noire » dont le contenu est trop complexe pour être décrit, mais qui est assorti de compétences, elles même difficilement descriptibles puisque variant notamment en fonction de l'environnement dans lequel elles s'exercent.

(2) Cartographie des compétences

La cartographie des compétences est l'outil de processus d'amont du processus de gestion des remplacements. C'est à partir de cet outil que sont identifiées les compétences requises. C'est aussi le support du plan de formation. Bien que prévue par le projet de soins central de l'AP-HP pour la période 2010-2014, la cartographie des compétences n'existe pas encore dans les H.U.H.M.. Globalement la démarche compétences n'a pas encore été développée. Le coordonnateur général a missionné trois pôles pour travailler sur l'évaluation par compétences à partir d'analyses de pratiques professionnelles. Ces travaux ont tardé à aboutir. Un groupe de travail issu de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique a alors été missionné pour élaborer les supports d'évaluation. Un I.F.S.I. et un I.F.A.S. ont été associés au projet pour le repérage de compétences à partir d'analyses de pratiques professionnelles. La cartographie des compétences est le préalable à la démarche de pilotage R.H. et ne pourra pas être contournée à l'avenir pour établir une politique de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

(3) Caractéristiques du contrôle

Dès lors qu'il n'existe pas un processus identifiable, l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience de l'organisation mise en place ne peut pas se faire à partir du respect de tâches qui elles-mêmes n'existent pas ou sont peu précises. Le seul contrôle possible est alors un contrôle à posteriori, un contrôle sur le résultat. Ce contrôle porte donc sur l'atteinte des objectifs précédemment énoncés plutôt que sur la manière d'y parvenir.

Ce contrôle comporte une difficulté majeure liée à la dimension de la structure et à un système d'information insuffisamment performant.

(a) Objectif de continuité des soins

Plusieurs indicateurs de la continuité des soins peuvent être envisagés ; le maintien de la capacité d'accueil de l'établissement (mesurable dans les délais d'hospitalisation, les fermetures de lits et le délai d'obtention d'un rendez-vous, les signalements d'événements indésirables liés à un sous-effectif ou à un défaut de compétences), ou le contrôle des effectifs présents à partir du logiciel de gestion des présences au travail.

Les délais d'hospitalisation et les délais d'obtention de rendez-vous peuvent avoir d'autres origines que le manque de personnel paramédical. Aucune étude ne permet d'utiliser ces indicateurs dans cette analyse. Cette information n'est pas utilisable.

Les fermetures de lits sont justifiées par une baisse de la demande de soins comme ce peut être le cas l'été, ou parfois pour des raisons de manque de personnel. Dans ce dernier cas, il faut différencier les fermetures liées au personnel médical et celles liées au personnel paramédical. Cette information détaillée est difficilement disponible, néanmoins des périodes plus ou moins longues de fermetures de lits ayant pour cause un manque de personnel paramédical peuvent être identifiées, par ailleurs ces fermetures de lits peuvent être dissimulées par un « gel » de lits, c'est-à-dire que le lit reste administrativement ouvert mais aucune admission n'est faite. En 2012 – 2013, une longue période de fermeture de lits a eu lieu dans les réanimations engendrant une perte financière substantielle pour le G.H..

Le manque d'effectifs n'est pas identifié dans le logiciel institutionnel de signalement des événements indésirables. Le suivi de cet indicateur n'est pas pertinent car il nécessite un retraitement important et aléatoire.

Concernant les variations d'effectifs présents, à partir du logiciel de gestion des présences au travail, il est possible d'extraire des bases de données et d'analyser les variations. Toutefois, sur le site d'aigu, la variation de l'activité entraîne des variations des effectifs cibles qui ne permettent pas d'effectuer un contrôle fin jour par jour, équipe par équipe, unité par unité. Par ailleurs, la dimension de la structure rend le traitement des informations issues de ce logiciel complexe. Aussi, la configuration de ce logiciel ne permet pas d'avoir une information exhaustive des effectifs présents ; les personnels remplaçants n'y figurent pas ou ne sont pas répartis par unité d'œuvre.

(b) Objectif de maintien de conditions de travail favorables

La gestion des remplacements devrait permettre de participer à maintenir des conditions de travail favorables en mettant à disposition des unités fonctionnelles, des compétences nécessaires en cas d'inadéquation entre les effectifs présents et la charges de travail. Néanmoins, imputer la qualité des conditions de travail à la seule gestion des remplacements n'est pas possible. La question des conditions de travail doit faire l'objet d'indicateurs qui pourront être croisés entre autre avec les effectifs présents et la gestion des remplacements.

(c) Objectif de maitrise des dépenses

La visite de pré-certification des comptes réalisée en 2013 a pointé un défaut dans le contrôle préalable à l'engagement des commandes d'intérim. Cette visite est un préalable à la certification des comptes prévue dès 2015.

Aussi, l'analyse à posteriori des plannings de services choisis de façon aléatoire démontre des variations dans les présences qui ne s'expliquent pas par l'activité.

Lors du traitement des demandes de remplacement, des demandes sont qualifiées de « non valides » car le motif n'est pas authentique ou pas cohérent (exemple : demande de remplacement urgente pour remplacer un agent qui a quitté le service depuis plusieurs semaines, ou demandes de remplacement pour remplacer le même agent 30 nuits dans un seul mois alors qu'un agent travaille en moyenne 13 nuits par mois).

Il arrive encore que des agents remplaçants (intérim ou équipe de suppléance), constatent que leur présence n'est pas nécessaire lors de leur prise de poste et soient ainsi remis à disposition.

b) Les difficultés du pilotage

(1) Illustration de défaillances de pilotage

Mon expérience de cadre de santé chargé de la gestion des remplacements me donne une multitude d'exemples dont 2 sont relatés pour démontrer des lacunes du pilotage de notre établissement.

Le premier exemple qui illustre les lacunes de ce pilotage concerne le pôle R.A.S.. En janvier 2013, j'ai été informé de la nécessité de commander, dès le jour même, un intérimaire infirmier diplômé d'Etat par jour et par service de réanimation. Depuis plusieurs

années, les services de réanimation ne demandaient plus de remplacements. Avec le temps, dans l'équipe de suppléance les compétences infirmières pour la réanimation n'étaient plus disponibles, elles n'avaient pas été entretenues par une pratique régulière et le recrutement des nouveaux professionnels ne prenait pas en compte ce besoin. Ce n'est qu'au départ du C.P.P. du pôle R.A.S. que l'état des lieux a fait apparaître des volumes de jours dus importants, des heures supplémentaires réalisées et à payer sur de nombreux mois (le paiement est plafonné à 15 heures par mois). Les agents qui demandaient à quitter le pôle avaient pour certains, une année complète de congés à prendre pendant laquelle il n'était alors pas possible de réaliser un recrutement pour les remplacer. Le recours à du personnel intérimaire a dû être complété par des fermetures de lits.

Le deuxième exemple qui illustre les lacunes de ce pilotage concerne le pôle C.I.T.I.. En mai 2013, j'apprends par un agent de l'équipe de suppléance que sur le secteur d'hématologie 5 I.D.E. ont demandé leur départ qui interviendra dans l'été. 5 autres I.D.E. seront en congé maternité. Les compétences infirmières en hématologie sont particulières en unité stérile et plus accessibles au personnel remplaçant en hospitalisation conventionnelle, mais le nombre de postes à remplacer allait nécessairement impacter l'unité stérile. Interpellé à ce moment, l'encadrement avait prévu de demander ultérieurement une fermeture de lits. Devant le fait accompli, la direction n'aurait pas eu d'autre choix que d'accorder cette fermeture de lits. L'anticipation de cette situation a permis de maintenir la quasi-totalité de la capacité d'accueil de ce service.

(2) L'organisation du contrôle de gestion et le dialogue de gestion

Le contrôle de gestion dans le domaine des ressources humaines n'est pas développé. Les effectifs qui y sont alloués restent faibles, pour l'ensemble du G.H. le poste n'est créé que depuis 1 an. Le lien entre les C.A.P. et le contrôleur de gestion R.H. est moins naturel qu'avec la direction des finances à laquelle les C.A.P. sont rattachés. Interrogé sur le sujet, le directeur des ressources humaines du G.H. n'exprime pas de volonté de développer les effectifs alloués au contrôle de gestion.

Pour l'association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (A.D.R.H.E.S.S.), « le contrôle de gestion est une notion qui a longtemps été délaissée par les directions des ressources humaines des établissements

de santé. (...) Les D.R.H. ont eu (et ont encore parfois) des réticences à la transparence concernant les informations liées au personnel. (...) Il apparaît clairement que le contrôle de gestion R.H. symbolise une modification de pensée, d'organisation et de composition des équipes de D.R.H. »⁶¹

Pour l'année 2014, la direction des ressources humaines met en place un indicateur infra-annuel de suivi de l'absentéisme par pôle. Cet indicateur sera trimestriel. Même si le suivi des E.T.P.R. fait l'objet d'un suivi constant, les autres indicateurs R.H. ne sont communiqués qu'une fois par an à l'occasion des conférences de pôles.

La notification par le siège de l'AP-HP des E.P.R.D. de G.H. qui sont ensuite déclinés pour les pôles entraîne une navigation « à l'aveugle » durant les premiers mois de l'année. La notification des budgets alloués sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre n'intervient pas avant le mois d'avril.

Le dialogue de gestion est cloisonné entre direction des ressources humaines et pôles. Les seuls indicateurs utilisés dans ce dialogue de gestion sont des données financières et le T.P.E.R.. Il n'existe pas de tableau de pilotage associant à la fois des données d'activité et de qualité des soins, des données de gestion R.H. allant plus loin que la masse salariale et le nombre d'ETP. Les trois volets de la performance ne sont pas développés.

(3) *Système d'information R.H.*

L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris s'est dotée d'un outil de pilotage par l'intermédiaire de l'application OPALE. Dans un premier temps cette application a manqué de fiabilité. Actuellement cette application permet de suivre des indicateurs de recettes, de dépenses et d'équivalents temps pleins rémunérés (E.T.P.R.). Le délai de disponibilité des informations a été réduit.

Cet outil est disponible pour les directions et pour les cadres administratifs de pôles.

Cette application dépend du traitement de la comptabilité analytique faite par les établissements en s'appuyant sur un fichier structure qui n'est pas encore totalement intégré dans les pratiques R.H., sa fiabilité en matière de dépenses de remplacements n'est pas suffisante pour permettre le pilotage par les pôles.

⁶¹ Jean-Marie BARBOT & al., *Réflexions et pratiques RH à l'hôpital – Tome 2*, Edition Berger-Levrault, septembre 2013

Les équipes de suppléance ne font pas l'objet d'une répartition par unité d'œuvre, la consommation par pôles n'est donc pas identifiable alors qu'elles représentent une masse salariale supérieure à 4 millions d'euro.

Les données d'heures supplémentaires y apparaissent en fonction de la date de paiement et ne tracent donc pas la réelle consommation d'un pôle pour un mois donné. Les heures supplémentaires sont payées avec un délai de 2 mois et à raison de 15 heures maximum par mois et par agent, hors certains agents peuvent en effectuer plus et être payés avec un différé de plusieurs mois.

Les données de dépenses d'intérim ne correspondent pas à la réelle consommation. Il existe un écart lié au délai de traitement des factures.

Le suivi des dépenses d'intérim et d'heures supplémentaires à partir des données issues d'OPALE ne permet pas de calculer un volume d'équivalents temps pleins par métier.

Les évolutions du logiciel de gestion des présences au travail dans le courant de l'année 2013, permettant de faire des requêtes et d'obtenir des bases de données est un atout. Le déploiement du même logiciel de gestion des remplacements dans l'ensemble du G.H. en est un autre. La possibilité de faire évoluer, au besoin, ce logiciel avec l'aide d'un développeur informatique en interne est un autre atout. Un frein lié au manque de compétences en informatique parmi l'ensemble des cadres de santé est néanmoins à observer. La formation est dans tous les cas inévitable sur ce point. La situation du contrôle de gestion R.H. est aussi identifiée à la fois comme un frein du fait de son sous-dimensionnement, mais aussi comme un levier car l'arrivée du contrôleur de gestion est récente et donc propice à une évolution en la matière.

(4) Complexité du pilotage et théorie de la contingence.

La structure est de grande taille et en l'absence de délégation, la saturation cognitive des dirigeants ne leur permet pas de prendre les décisions les plus efficaces. S'agissant d'une organisation de grande taille, l'apport de BLAU (1971) permet d'envisager plus de spécialisation et de formalisation. Cet auteur met en relation la taille croissante de l'organisation avec une division accrue du travail et le développement de spécialisations, une formalisation croissante pour pallier à la distension des liens entre les individus, de la formation nécessaire des individus acquérant de nouvelles spécialités, la constitution nécessaire de sous unités, la croissance des unités avec la taille de l'organisation, la

planification nécessaire entre les unités, la formalisation nécessaire des mécanismes de liaison transversale qui ne peuvent être assurés spontanément, et des décentralisations verticales et horizontales par incapacité à centraliser du fait de la taille. BLAU s'attarde sur les décentralisations, la décentralisation verticale par incapacité à centraliser est au cœur de notre sujet. En entretien, le coordonnateur général des soins qui est à l'initiative de ce projet, met en avant son incapacité à conduire des projets d'amélioration de la qualité des soins et traiter des questions R.H. dans un même temps. Il avoue son incapacité à se prononcer sur l'opportunité de commander de l'intérim compte tenu de l'information dont il dispose. Le choix est généralement de valider la demande du cadre de pôle car un choix contraire pourrait mettre en péril la continuité des soins. Ce sont donc des dépenses qui peuvent-être hypothétiquement injustifiées.

III. PREPARATION DE LA DELEGATION DE GESTION

A. Les actions mises en œuvre et état d'avancement

Après analyse de l'organisation du pilotage dans les H.U.H.M. et de l'organisation de la gestion des remplacements des différents sites, la première partie de la préparation à une délégation de gestion des moyens de remplacement a consisté à élaborer des indicateurs regroupés dans un tableau de bord en associant les cadres référents R.H. de 3 pôles dits « d'expérimentation » et les cadres de santé chargés de la gestion des remplacements des différents sites du G.H..

Cette action visait à répondre à deux objectifs distincts ; élaborer le tableau de pilotage tel qu'il figurait dans la commande du coordonnateur général des soins et construire la base d'une communauté de pratique et d'y développer une culture commune.

1. Les bases d'une communauté de pratiques

La gestion des remplacements du personnel paramédical ne pouvant pas se résumer à l'application d'un processus écrit dans une procédure, la culture est le levier qui permet d'orienter l'action. L'absence de liens hiérarchiques tant entre les cadres de suppléance qu'avec les cadre référents R.H. des pôles induit la question de la culture à développer pour faire varier les attitudes et les comportements. « Une attitude est définie comme la disposition d'esprit à l'égard d'un objet, le comportement comme l'action effectivement mise en œuvre à l'égard de cet objet. »⁶²

A partir des trois « idéaux-types » décrits depuis la fin des années 70 et qui caractérisent les organisations que sont le marché, la hiérarchie et la communauté⁶³, le dernier est celui qui semble le plus propice à l'émergence d'une pratique professionnelle commune et au développement simultané des compétences. La communauté parfois appelée forme N (Network) est caractérisée par les liens structurés entre les personnes, l'équipe de travail ou l'équipe projet. Les individus sont liés « par une compréhension partagée de la mission à effectuer »⁶⁴. La communauté professionnelle est « unie par une

⁶² Jean-Paul DUMOND, *Organisations de santé, la grande transformation*, cours de Master Management des organisations soignantes, E.S.M.-U.P.E.C., 2013/2014

⁶³ W.G. OUCHI, *Markets, Bureaucracies, and Clans*, Administrative Science Quarterly, 1980

⁶⁴ Jean-Paul DUMOND, *Organisations de santé, la grande transformation*, cours de Master Management des organisations soignantes, E.S.M.-U.P.E.C., 2013/2014

formation commune et rapproche des membres appartenant à des services différents »⁶⁵. Cet idéaltype « accorde un rôle privilégié aux liens *intuitu personae* qui fondent la coordination interindividuelle tandis qu'ils n'ont qu'une valeur négligeable dans les fonctionnements marchands et hiérarchiques »⁶⁶.

a) Le développement d'une culture commune

La communauté de pratique « est reconnue comme un lieu d'apprentissage social et situé, l'apprentissage étant assimilé à une constructions de pratiques »⁶⁷. Trois éléments principaux la caractérisent ; « l'engagement mutuel, l'entreprise commune et le répertoire partagé ». La communauté de pratique regroupe les cadres de santé qui ont pour point commun d'avoir des missions centrées sur les R.H.. La problématique qui se pose est de pouvoir élaborer un outil de pilotage à l'échelle du G.H., mais surtout d'envisager le futur dans une organisation où les pôles assument la gestion des remplacements en ayant développé les compétences nécessaires pour cela, et aussi de développer une structure de liaison interne où les pôles se retrouvent d'égal à égal pour agir de façon cohérente et dans la transparence.

Dans un premier temps il aura fallu envisager deux communautés différentes ; celle des cadres de santé responsables des remplacements et celle des cadres référents R.H. des pôles.

(1) *Les cadres de suppléance*

Dans la première communauté, celle des cadres de suppléance, il m'est apparu immédiatement qu'il n'y avait pas de culture commune du G.H.. Les premiers échanges tendaient naturellement vers une confrontation des divergences plutôt que vers la reconnaissance de pratiques communes. Je n'ai cessé de recentrer les échanges vers le commun, pour finalement obtenir l'adhésion au projet que je souhaitais présenté à savoir l'établissement de bilans d'activité de G.H.. Les cadres de suppléance ont exprimé leur ressenti considérants qu'ils exerçaient dans des sites périphériques mal intégrés dans un

⁶⁵ Jean-Paul DUMOND, *Organisations de santé, la grande transformation*, cours de Master Management des organisations soignantes, E.S.M.-U.P.E.C., 2013/2014

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Etienne BOURGEOIS et Marc DURAND, *Apprendre au travail*, Collection PUF, 2012

G.H. dominé par le site d'aigu. Les travaux de P.R. LAWRENCE et J.W. LORSCH⁶⁸ évoqués précédemment confirment l'intérêt de tenir compte de la diversité de l'environnement et c'est la capacité de notre organisation « multcentrique » à intégrer différents modes d'organisation qui est ainsi questionnée. Les cadres de suppléance expriment ainsi leur sentiment d'en être parfois dépossédés.

L'idée de la mise en place d'une délégation de gestion présentée dans un second temps aux cadres de suppléance a été très mal perçue. Ils ont d'emblée exprimé leur inquiétude quant au devenir de leur propres postes. Ce sentiment a aussi été alimenté par la présentation en octobre 2013 du nouveau schéma d'encadrement dans lequel les seuls cadres présents dans les directions des soins étaient les cadres experts. Questionnée sur le sujet, le coordonnateur général des soins a nié la possibilité de supprimer ces postes des directions des soins et a identifié les cadres de suppléance parmi les cadres experts dans le domaine R.H.

La moitié des cadres de suppléance n'élaborait pas de bilan d'activité jusque-là. Les bilans d'activités étaient alors élaborés par les D.R.H.. Des échanges sur le rôle de la direction des soins et sur le risque de voir les bureaux des remplacements transférés dans les directions des ressources humaines comme c'était envisagé sur les sites Albert CHENEVIER-Henri MONDOR ont permis d'exprimer d'autres craintes.

En appuyant la réflexion sur ces craintes, les cadres de suppléance ont adhéré à la nécessité de valoriser leur propre activité et à la rendre visible dans un bilan d'activité commun. Ils ont aussi souhaité être acteurs de l'élaboration d'un outil de pilotage qui pourrait être approuvé par les directeurs et par les pôles.

Le départ d'un des cadres de suppléance fin décembre 2013 et l'arrivée d'un nouveau cadre en janvier a été déstabilisant pour le groupe. La méconnaissance des échanges précédents pour ce nouveau cadre n'a pas suffisamment été prise en compte. Ce cadre s'est ainsi positionné dans une opposition franche à la conduite d'un projet commun. Un retard dans la transmission des données et une résistance à la planification de nouvelles réunions sont dès à présent constatés.

⁶⁸ P.R. LAWRENCE et J.W. LORSCH, *Differentiation and Integration in Complex Organisation*, Administrative Science Quarterly, 1967

(2) *Les cadres référents R.H. des pôles*

Dans la deuxième communauté, celle des cadres référents R.H., bien qu'issus de pôles différents, et de spécialités différentes (psychiatrie, médecine-chirurgie, réanimation), les cadres de santé ont naturellement adhéré à un objectif commun de développement d'un outil de pilotage. Leur prise de poste récente a été un atout car étant investis de nouvelles missions, ces cadres n'ont exprimé aucune réticence, bien au contraire ils ont exprimé une demande pressante pour disposer de temps de travail en commun.

Ce regroupement autour de pratiques communes permet de développer les bases d'une culture partagée pour aboutir à des compétences communes.

b) Un outil de développement des compétences

Le développement des compétences repose en grande partie sur une complémentarité entre apports théoriques ou cognitifs et analyses de pratiques professionnelles.

L'apprentissage peut représenter à lui seul une menace. Il est le résultat « du désaccord entre les conceptions naïves des apprenants et les théories »⁶⁹. L'élaboration est aussi « relationnelle » (« dois-je céder ? », « puis-je m'opposer ? ») et « identitaire » (« suis-je à la hauteur ? »). Il « implique des valorisations sociales, puisque l'apprenant révèle sa compétence ou son incompétence, et exprime sa dépendance ou son indépendance » à l'égard de la personne qui détient le savoir.

La communauté de pratique repose sur des relations d'égal à égal, dans ce dispositif de développement des compétences, la relation est symétrique « entre pairs ». Pour satisfaire à cette ambition une place particulière est accordée à l'apprentissage coopératif et à l'interdépendance positive. L'apprentissage coopératif est un « terme générique pour désigner des dispositifs basés sur le travail de groupe ». Il est « structuré pour favoriser un bon fonctionnement du groupe au niveau social et au niveau cognitif ». Les « bénéfices sont observés pour les apprentissages, la qualité des relations interpersonnelles et la motivation à apprendre (...) Il est primordial que les apprenants perçoivent clairement leur complémentarité et qu'ils ne peuvent atteindre leur but que si les autres membres l'atteignent également. »⁷⁰ Ainsi, plutôt que de travailler tous sur les mêmes indicateurs, les

⁶⁹ Fabrizio BUTERA & al., *L'évaluation une menace ?*, éditions PUF, 2011

⁷⁰ Fabrizio BUTERA & al., *L'évaluation une menace ?*, éditions PUF, 2011

cadres référents R.H. ont eu chacun à élaborer des indicateurs dans un domaine (présences au travail, absences, suivi des congés) pour parvenir à l'objectif commun du tableau de bord.

2. L'élaboration du tableau de pilotage

Le tableau de bord est à la fois un outil de pilotage et un support au dialogue de gestion dans un contexte de déconcentration de gestion des directions vers l'exécutif des pôles.

Notons que l'élaboration et l'alimentation de tableaux de bord relèvent de la compétence du contrôle de gestion, mais compte tenu de la nécessité pressante d'obtenir cet outil et du retard pris en matière de contrôle de gestion, de l'expertise de la direction des soins en matière de contrôle de la gestion des plannings et de gestion des remplacements, cette mission m'a été confiée.

Ce tableau est élaboré en gardant à l'esprit cette citation de Paul Valéry déjà reprise dans le document de la Meha de 2009 sur la comptabilité analytique par pôle :

« Ce qui est simple est toujours faux.

Ce qui ne l'est pas est inutilisable... »

Les principes directeurs sont de développer un outil « presse bouton », d'accès immédiat et permanent, dont la vision infra-annuelle, fournit des éléments de gestion dans une logique de transparence et permettant la comparabilité entre les pôles, à une moyenne par site et dans le temps entre deux années successives. Cet outil macro diagnostic synthétique support du dialogue de gestion interne à l'établissement a pour vocation de devenir un outil d'aide à la décision pour les exécutifs de pôles et les directions. Il répond directement au besoin d'outil de pilotage des pôles en étant élaboré par eux-mêmes. Ce macro diagnostic doit être complété d'une approche analytique complémentaire et d'autres indicateurs notamment d'activité, qualité, finance et organisation. C'est ainsi un outil de mesure standardisé pour le G.H., basé sur un socle commun d'indicateurs partagés et qui doit être validés par tous.

a) Objectifs

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, le pilotage se situe à deux niveaux ; un niveau stratégique entre la direction générale et les pôles et un niveau opérationnel entre les pôles et les structures internes aux pôles (services, départements et unités fonctionnelles).

L'objectif initial et ambitieux était de répondre à la fois à ces deux niveaux de pilotage. Toutefois, après réalisation des travaux d'élaboration, il s'avère que la vision infra-polaire nécessite des moyens humains supérieurs à ceux qui sont alloués dans le cadre de ce projet et relèvent d'un vrai contrôle de gestion. L'obtention de données infra-polaires reste possible mais ne sera pas exécutée de façon routinière. C'est donc essentiellement au pilotage stratégique que le tableau de bord élaboré répond.

L'objectif assigné à ce tableau a donc été de donner le moyen aux pôles de suivre leurs consommations de moyens de remplacements de personnel non médical de manière infra-annuelle et de pouvoir le mettre en lien avec la gestion des plannings du pôle.

Les données d'activité sont pour la plus part déjà présentes dans les tableaux de bord élaborés par le D.I.M. et donc ces données n'ont pas été recherchées.

b) Méthodologie

La rédaction du cahier des charges a fait suite au repérage des données relatives au pilotage R.H. déjà existantes, à l'évaluation des besoins en matière d'indicateurs R.H. et à la recherche des sources de données facilement accessibles. Ce cahier des charges a été validé par le coordonnateur général des soins commanditaire de ce travail.

(1) Elaboration en partenariat

La genèse du tableau de bord des remplacements est passée par la recherche de plusieurs partenariats ; un partenariat entre les bureaux des remplacements des différents sites du G.H., un partenariat avec les pôles au travers des cadres paramédicaux référents R.H., un partenariat entre la direction des soins et la direction des ressources humaines.

(a) Les cadres de suppléance du G.H.

Le déploiement d'un même logiciel de gestion des remplacements dans l'ensemble du G.H. a été un préalable à l'élaboration d'indicateurs communs de remplacements. Il a été déployé sur le site en 2009, puis adopté pour les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR en 2012 et enfin déployé sur les sites JOFFRE-DUPUYTREN et Georges CLEMENCEAU en 2013.

Pour permettre le suivi d'enveloppes de remplacements, le groupe de cadres de suppléance a décliné des coûts moyens de remplacements pour chaque grade et chaque mode de remplacement (Intérim, suppléance et vacataires). Sur le site Emile ROUX, il existait

déjà des coûts moyens pour l'intérim qui étaient intégrés dans le logiciel des remplacements. Sur les sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR, le calcul des coûts moyens de remplacement a été confié à un agent contractuel ayant des compétences en contrôle de gestion, affecté au bureau des remplacements pendant un mois en juin 2013. Le mode de calcul choisi pour l'intérim a été de rapporter la facture au nombre d'heures en déterminant un coût moyen pour le prestataire titulaire du marché, un coût moyen pour l'ensemble des prestataires dits d'élargissement du marché et un coût moyen pour les prestataires hors marché. Le recours à ce dernier groupe de prestataires hors marché est exceptionnel et les tarifs pratiqués font l'objet de négociations systématiques, ce coût moyen est à utiliser avec une grande prudence. Le calcul des coûts moyens des remplacements par l'équipe de suppléance et par les vacataires a été élaboré en rapportant la masse salariale (coût employeur charges comprises) au nombre d'heures de remplacement effectuées. Ainsi, l'absentéisme du personnel remplaçant et les temps consacrés à l'intégration des nouveaux agents sont intégrés dans le coût horaire du remplacement. Les données utilisées pour élaborer les coûts moyens de remplacement des sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR sont de l'année 2012. Ces modes de calculs ont été repris sur le site JOFFRE-DUPUYTREN et Georges CLEMENCEAU en janvier 2014 à partir de données de l'année 2013. Le groupe des cadres de suppléance a ainsi proposé les indicateurs dits « de remplacement » qui seront présentés dans un chapitre suivant.

(b) Les cadres référents R.H. des pôles

Les cadres référents R.H. des pôles ont élaboré des indicateurs dits de « ressources internes ». Leur implication dans ce travail collaboratif a eu aussi une vocation pédagogique. Le décloisonnement entre les pôles vise ainsi à développer des compétences en lien avec leurs nouvelles fonctions. Le choix a été de n'intégrer que 3 cadres référents R.H. de pôles choisis en qualité de « pôles d'expérimentation ». Ces trois pôles ; C.I.T.I., R.A.S. et Psychiatrie présentaient plusieurs avantages et une certaine complémentarité. Le pôle C.I.T.I. dispose d'une activité de médecine et de chirurgie sur deux sites, le pôle R.A.S. est quant à lui sur 1 seul site et le pôle Psychiatrie est sur 3 sites. La dimension importante du pôle C.I.T.I. (11 services) en regard du pôle de psychiatrie (3 services d'hospitalisation complète et des structures extrahospitalières) et les organisations de travail panachées entre les 12h et les 7h50 du pôle R.A.S. en regard des organisations en 7h50 des autres pôles

donnent des configurations qui permettent d'envisager que l'outil de pilotage élaboré sera transposable dans les autres pôles. Les pôles gériatriques (gériatrie Val-de-Marne et gériatrie Essonne) n'ont pas été intégrés dans les pôles d'expérimentation car ils n'avaient pas encore nommé de cadre référent R.H. de pôle. Il faut aussi noter que la distance géographique ne facilite pas les rencontres.

(c) La direction des ressources humaines

La direction des ressources humaines a été associée à l'élaboration du tableau de bord à plusieurs niveaux, en qualité de commanditaire et pour l'état des lieux en matière de tableau de bord R.H..

(2) Calendrier

Outre les phases préalables décrites précédemment et l'élaboration du cahier des charges du tableau de pilotage, plusieurs phases sont identifiables dans la conduite du projet de développement de cet outil.

La première phase a consisté à élaborer les indicateurs de remplacements avec les cadres de suppléance. Cette phase a fait l'objet de 4 réunions de travail sur le site Emile ROUX en septembre, novembre, décembre 2013, février 2014. Un temps supplémentaire a été aménagé sur le site DUPUYTREN avec le cadre de suppléance du site pour faciliter l'extraction des données. Les deux premiers temps de réunion ont été consacrés à partager l'objectif d'élaborer un bilan d'activité commun et à faire un point sur les pratiques partagées sur l'ensemble du G.H.. Le troisième temps a été consacré à déterminer les indicateurs et la fréquence de leur élaboration. Le quatrième temps a été consacré à réajuster ces indicateurs et à partager les difficultés rencontrées dans l'alimentation des tableaux.

La deuxième phase a consisté à élaborer des indicateurs de ressources internes aux pôles. Cette phase a été menée avec les 3 cadres référents R.H. des pôles. Quatre réunions de travail ont été réalisées à la direction des soins du site Henri MONDOR en décembre 2013, janvier, février et mars 2014. Les cadres référents R.H. ont menés des travaux entre les différentes réunions. La première rencontre a consisté à comparer les missions des différents cadres référents R.H. et à présenter l'objectif du tableau à élaborer. Les deux temps de rencontre suivants ont été utilisés à élaborer les indicateurs et le quatrième à faire un point sur l'alimentation du tableau et à réajuster les indicateurs.

La communication autour du projet a comporté plusieurs temps pour associer l'ensemble des intervenants. Un premier temps dès septembre a concerné les directeurs des soins et les cadres de suppléance. Une deuxième phase de communication en décembre à destination des cadres référents R.H. lors de leur première rencontre. La communication aux cadres paramédicaux de pôles a été réalisée en janvier à partir des indicateurs de remplacements et pour expliquer les objectifs du travail avec les cadres référents R.H.. Lors de cette réunion, les C.P.P. se sont montrés tous intéressés par le projet. Un C.P.P. a exprimé son regret de ne pas avoir été retenu en qualité de pôle d'expérimentation.

La validation des indicateurs par les commanditaires du projet s'est faite par étapes ; une première validation du cahier des charges dès octobre 2013, la validation des indicateurs de remplacement en janvier 2014, et la validation de l'ensemble du tableau en avril 2014. Cette phase a aussi été l'occasion de questionner les freins à la mise en place de la délégation.

c) Le choix des indicateurs

Pour une première élaboration du tableau de bord, des indicateurs mensuels ont été retenus.

Les indicateurs de remplacements retenus sont le nombre de journées de remplacements, le nombre d'heures et le coût qui leur est associé à partir de coûts moyens. Les cadres de suppléance ont choisi de suivre à la fois ces données en nombre de journées et en heures pour tenir compte des différentes organisations de travail qui existent dans le G.H.. L'indicateur monétaire permet quant à lui de suivre la dépense en regard de l'enveloppe annuelle attribuée. Ces indicateurs sont déclinés pour les 2 grades les plus représentés dans chaque pôle, le plus souvent infirmier et aide-soignant, et systématiquement pour les autres grades dès lors qu'il y a eu un recours à de l'intérim. Les différents modes de remplacements sont détaillés (intérim, suppléance, vacataires). Un indicateur de taux de réponse par le bureau des remplacements a aussi été retenu, mais sa méthodologie d'élaboration n'a pas obtenu de consensus et dans les faits il n'est pas renseigné.

Les indicateurs de ressources internes des pôles élaborés par le groupe des cadres référents R.H. sont plus variés et plus nombreux. Ils font aussi l'objet d'un traitement mensuel. Dans un souci de clarté, ils ne sont élaborés que pour les deux grades les plus

représentés dans le pôle. Dans ces indicateurs, compte tenu des sources de données, il n'est pas fait de distinction entre le personnel permanent du pôle et le personnel contractuel. Les deux premiers indicateurs retenus sont les heures et nombre de jour de travail du personnel du pôle et le nombre d'heures (et le nombre de jours correspondant) supplémentaires réalisées et non récupérées, par le personnel du pôle et qui feront l'objet d'un paiement. Pour être analysés en regard des indicateurs précédents et pour des raisons similaires, ils sont déclinés en nombre de jour et en heures. A partir de ces données, un indicateur de moyenne quotidienne des effectifs présents a été élaboré. L'écart type de ces présences permet quant à lui d'observer le lissage des présences au travail d'un mois sur l'autre et tout au long de l'année. La problématique des congés dus et non pris étant particulièrement importante dans le G.H., les cadres référents R.H. ont définis un indicateur de suivi des repos récupérateurs générés et consommés et un indicateur de suivi des congés pris dans le mois. Cet indicateur est croisé avec le volume des congés à prendre dans l'année pour déterminer la part des congés pris depuis le début de l'année et la part des congés pris dans le mois. Le volume des comptes épargnes temps a aussi fait l'objet d'un indicateur. Les absences ont été déclinées en trois indicateurs. La référence reste néanmoins celle de l'A.N.A.P., à savoir toute absence du service. Ainsi, un indicateur détermine le nombre de jour de formation et de concours, un autre indicateur traite de toutes les absences pour raison médicale, familiale, syndicale ou autres et un troisième indicateur regroupe les absences à régulariser pour lesquels le motif n'est pas encore déterminé.

En mars 2014, le contrôleur de gestion de la direction des ressources humaines a réalisé un tableau de bord de l'absentéisme. Le groupe des cadres référents R.H. envisage d'utiliser ces dernières données en lieu et place de celle élaborées précédemment. La négociation engagée avec le directeur des ressources humaines du G.H. vise à ce sujet à obtenir des données mensuelles pour les intégrer dans le même tableau de pilotage.

Un encart dans le tableau de pilotage est accordé à des indicateurs nécessaires à l'analyse des données et qui ne peuvent pas faire l'objet d'un traitement à partir des mêmes sources. Par ailleurs, cet encart a pour objectif de laisser chaque pôle déterminer une part d'indicateurs qui lui est propre. Ont ainsi été envisagés les temps dédiés à l'intégration des nouveaux agents, les temps dédiés à la prise en charge d'un seul patient infecté conformément aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des

bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes⁷¹, et les temps d'accompagnement des patients à l'extérieur du service de psychiatrie de secteur.

d) La validation des indicateurs

Le choix des indicateurs a été validé par les directeurs des soins et les directeurs des ressources humaines en avril 2014 lors d'une réunion de présentation. Les C.P.P. n'ont pas encore été amenés à se positionner formellement quant à ces indicateurs. Néanmoins, le C.P.P. du pôle R.A.S. a exploité certaines des données présentées dans ce tableau lors de la conférence de pôle du 29 avril 2014 et les cadres référents R.H. ont eu un avis favorable lorsqu'individuellement ils ont présenté l'outil à leur C.P.P.

Lors de cette réunion de présentation, le D.R.H. du G.H. a proposé de présenter le tableau de pilotage en C.T.E.L. après l'été. La directrice générale n'a pas encore eu l'occasion de donner son avis quant aux indicateurs, néanmoins le tableau lui a été présenté par le coordonnateur général des soins. Elle a alors exprimé un retour positif.

e) Les sources de données

Les bases de données utilisées pour l'alimentation du tableau de bord sont extraites du logiciel des remplacements et du logiciel de gestion de présence au travail.

f) Alimentation du tableau de bord

Le tableau de bord est alimenté tous les mois, entre le 6^e et le 15^e jour pour le mois précédent. La sous-utilisation par les cadres de santé du logiciel de gestion des présences au travail pour élaborer les plannings ne permet pas de fournir des données à priori.

Ce tableau est actuellement alimenté par le cadre de la suppléance du site Albert CHENEVIER et Henri MONDOR. Les cadres de suppléance des autres sites transmettent les informations de remplacement relatives à leurs sites via un dossier partagé sur le réseau informatique.

g) Diffusion du tableau de bord

Pour l'ensemble des indicateurs, une présentation synthétique a été compilée avec un classement par site et par pôle. Les indicateurs de l'année N sont mis en regard de l'année N-1, et dans cette présentation il a été prévu de déterminer des objectifs d'évolution. Une

⁷¹ INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/RI1/2014/08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes.

tendance déterminée par flèches (montante, droite, descendante), un pourcentage d'évolution, incluant une marge de tolérance de plus ou moins 10%, sont à renseigner pour obtenir un indicateur de réalisation de l'objectif représenté par un smiley souriant ou triste. Cette présentation permet par une liste déroulante de croiser des données à un mois donné. Des liens permettent d'accéder rapidement au détail des données chiffrées et aux graphiques s'y rapportant.

La diffusion mensuelle du tableau de bord est à présent assurée par mail par le coordonnateur général des soins aux C.P.P., aux D.R.H. et aux directeurs des soins. Ce mode de diffusion doit à présent être complété par une mise en réseau pour que l'accès y soit permanent.

h) Le devenir du tableau de bord

La liste des indicateurs n'est pas complète. Plusieurs indicateurs ont été envisagés pour alimenter ce tableau de pilotage ; ainsi le respect du T.P.E.R., le taux d'absentéisme, le volume de personnels contractuels, le nombre d'accidents du travail, le turn-over sont autant de données R.H. qui méritent d'être croisées avec les données déjà présentes.

Les indicateurs déjà présents ne sont donc qu'une base qui doit être enrichie. Cela appartient au contrôle de gestion R.H. et les négociations menées avec le D.R.H. du G.H. vont dans ce sens. Pour la suite, le D.R.H. du G.H. a demandé de laisser la direction des ressources humaines se familiariser avec l'outil. Il a aussi demandé au contrôleur de gestion R.H. de s'emparer de l'outil pour l'alimenter.

La présentation détaillée du tableau à la directrice générale et en C.T.E.L. sont les prochaines étapes pour officialiser l'outil. Le D.R.H. du G.H. prévoit de l'utiliser lors des conférences de pôles de 2015.

Les résultats déjà obtenus dans ce tableau ne peuvent en l'état être utilisés du fait d'un manque de recul et tant que les données ne sont pas croisées et complétées, néanmoins il faudra envisager que les résultats soient variables d'un pôle à l'autre.

Pour être complet, le tableau de pilotage devra aussi être complété par des indicateurs qualité et finance.

3. Observation d'une organisation de gestion déléguée aux pôles

Le G.H. Hôpitaux Universitaires Paris Ouest (H.U.P.O.) est utilisé comme référence pour une observation de la délégation de gestion des remplacements car il présente une typologie similaire à celle des H.U.H.M.. Il est de dimension moindre avec 1489 lits et 3550 personnels non médicaux dans 7 pôles et comporte des activités de court séjour hospitalo-universitaire sur le site de l'Hôpital Européen Georges POMPIDOU (H.E.G.P.), S.S.R.-S.L.D. et psychiatrie sur le site Corentin CELTON, Unité de Gériatrie Aigue (U.G.A.), S.S.R. et S.L.D. sur le site Vaugirard – Gabriel-PALLEZ.

Lors de l'entretien avec le cadre supérieur en charge des remplacements de l'Hôpital Européen Georges Pompidou, il apparaît plusieurs éléments notables ; l'équipe de suppléance n'est pas déléguée aux pôles, l'intérim fait l'objet d'une délégation de signature, le pilotage R.H. est particulièrement développé, le bureau des remplacements assure une fonction transversale de liaison entre les pôles et le cloisonnement semble moins important que dans les H.U.H.M.. Le logiciel institutionnel de gestion de la présence au travail est utilisé par les cadres de services pour élaborer les plannings. Le cadre responsable de la suppléance, les cadres paramédicaux de pôles ou leurs adjoints, peuvent donc consulter les présences du personnel en temps réel. Pour obtenir des cadres de santé qu'ils utilisent ce logiciel plutôt qu'un tableur Excel ou un autre support, un groupe de travail a élaboré un guide des bonnes pratiques R.H. et a organisé une formation à destination des cadres. Ce groupe de travail a associé la direction des ressources humaines, la direction des soins, les C.P.P., et le cadre de la suppléance.

a) Le service infirmier de complémentation et de suppléance (S.I.C.S.)

Il comporte 28 I.D.E. et 20 A.S. qui ne sont pas mobiles sur les sites. Il existe une équipe uniquement sur le site H.E.G.P.. L'équipe de suppléance n'intervient pas dans les secteurs de réanimation. Les remplacements assurés en priorité sont les remplacements programmés.

L'attribution des moyens de remplacements est faite sur la base des plannings figurant dans le logiciel de gestion de la présence au travail et de la déclaration des besoins de remplacement qui émane des cadres de proximité. Chaque cadre de santé adresse ses besoins à la gestion des remplacements le 5 du mois précédent et de façon hebdomadaire.

Le cadre responsable du S.I.C.S. organise une réunion hebdomadaire avec les C.P.P. ou leurs adjoints pour organiser les prêts entre les pôles et pour affecter les agents de la

suppléance qui restent à affecter. Pour les arrêts non programmés, un I.D.E. ou un A.S. sur chaque équipe reste disponible pour être affecté en dernière minute.

b) L'intérim

Il fait l'objet d'une délégation de signature. Les pôles se voient attribuée une enveloppe annuelle pour l'intérim paramédical. Cette enveloppe est négociée en conférence de pôle. L'unité de référence n'est pas monétaire mais en nombre de jour.

Tous les mois, les C.P.P. établissent des prévisions de consommation. A partir de ces prévisions, le cadre supérieur en charge des remplacements assure un suivi et envoi des alertes lorsque 75% du quota défini est atteint. En cas de dépassement du quota, une réunion de dialogue de gestion est systématiquement déclenchée. Cette réunion associe le directeur des ressources humaines, l'exécutif de pôle, le directeur des soins et le cadre supérieur responsable des remplacements.

La demande d'intérim est à l'initiative du cadre de proximité qui doit au préalable obtenir l'accord du cadre paramédical de pôle ou de son adjoint. Au travers du logiciel de gestion des présences au travail, le C.P.P. dispose d'une information sur les présences pour valider le recours à l'intérim.

c) Le pilotage R.H.

Le contrôle du bienfondé des demandes de remplacement incombe aux C.P.P..

La direction des ressources humaines intègre en son sein une cellule de contrôle de gestion qui comporte 3 agents administratifs. Ils élaborent des tableaux de pilotage réguliers notamment à partir des données de dépenses d'intérim, du T.P.E.R. et des affectations de l'équipe de suppléance.

Le dialogue de gestion est organisé entre les cadres de pôle et le directeur des ressources humaines de façon mensuel. La direction des ressources humaine fourni aux cadre de pôles les données de pilotage.

d) Le bureau des remplacements

Il est composé d'un cadre supérieur de santé et de 2 I.D.E. qui assurent des fonctions administratives.

Le bureau des remplacements réunit les C.P.P. concernés par le remplacement (5 pôles) toutes les semaines autour des plannings de services et attribue à cette occasion les agents de l'équipe de suppléance. Ce temps est aussi l'occasion d'effectuer des prêts inters pôles.

La direction de l’H.E.G.P. organise aussi une réunion hebdomadaire en fin de semaine. Cette réunion à laquelle participe le cadre supérieur en charge des remplacements est l’occasion d’assurer une transmission sur les effectifs prévus pour le weekend.

La gestion des remplacements n’est pas encore équipée d’un logiciel mais le déploiement du logiciel utilisé dans les H.U.H.M. est prévu. Cette rencontre aura été l’occasion d’envisager un échange sur ce sujet.

e) Un cloisonnement moins marqué

Un des préalables à la mise en place d’une délégation de signature pour l’intérim aura été le travail autour des pratiques en matière de gestion des plannings.

Le cadre supérieur de santé rencontré rapporte un réel bénéfice de ce travail préalable qui a été mené dans un partenariat direction des ressources humaines – direction des soins.

Autre fait notable, la négociation des moyens alloués aux pôles associe la direction des soins de façon systématique. Avant les conférences de pôles, les C.P.P. établissent le « poste à poste » avec le coordonnateur général des soins. Il existe ainsi une multitude d’exemples qui montrent un fonctionnement moins cloisonné entre les pôles et les directions, et entre les directions entre elles. La collaboration étroite entre direction des ressources humaines et direction des soins est d’ailleurs présentée sur l’intranet du G.H. comme un atout du G.H.

4. La simulation de répartition des effectifs de suppléance

Dès lors qu’il est envisagé de répartir l’équipe de suppléance dans plusieurs pôles, plusieurs méthodologies de calcul des effectifs sont possibles.

Une première clé de répartition pourrait être le rapport aux effectifs du pôle. Une simulation des effectifs à partir des effectifs de suppléance des sites Albert CHENEVIER et Henri MONDOR figure dans le tableau N°2.

Tableau N°2 : Simulation des effectifs de suppléance - à partir du TPER des pôles

	IDE	%	Simulation	AS	%	Simulation
CITI	310,25	30,6%	11,6	201,09	24,9%	6,2
MCCV	121,63	12,0%	4,6	92,2	11,4%	2,9
NEUROLOC	154,86	15,3%	5,8	168,19	20,8%	5,2
RAS	174,65	17,2%	6,5	122,42	15,1%	3,8
PSY	100,66	9,9%	3,8	73,28	9,1%	2,3
MINGGUS	151,22	14,9%	5,7	151,41	18,7%	4,7
total	1013,27			808,59		

Cette première répartition, que l'on peut qualifier d'égalitaire, donne à chaque pôle des effectifs qui ne tiennent pas compte des spécificités des uns et des autres en matière de fluctuation de l'activité et de l'absentéisme.

Une deuxième clé de répartition est alors envisagée. Cette clé de répartition, pour répartir les effectifs de l'équipe de suppléance, tient compte des remplacements réalisés en 2013 (tableau N°3).

Cette répartition peut être qualifiée de plus équitable puisqu'elle prend en compte la singularité des pôles en matière de remplacement. L'utilisation de données de remplacements en heures plutôt qu'en jours permet de prendre en compte les différentes organisations de travail (7h – 7h36 – 7h50 – 10h - 12h). Néanmoins, cette répartition présente l'inconvénient d'être figée sur une année ou d'être inflationniste si elle est recalculée chaque année ; plus un pôle consomme de remplacements plus il obtient de moyens l'année suivante.

Tableau N°3 : Simulation des effectifs de suppléance - à partir des remplacements 2013

	Remplacement IDE en Heures	%	Simulation	Remplacement AS en Heures	%	Simulation
CITI	20134	44,2%	16,8	13263	30,2%	7,5
MCCV	4442	9,8%	3,7	5060	11,5%	2,9
NEUROLOC	4290	9,4%	3,6	10433	23,7%	5,9
RAS	8219	18,0%	6,9	2859	6,5%	1,6
PSY	4166	9,1%	3,5	7325	16,7%	4,2
MINGGUS	4300	9,4%	3,6	5046	11,5%	2,9
Total	45551			43986		

Ces deux modes de répartition soulèvent un problème ; Dans la majorité des pôles, l'équipe de suppléance n'aurait plus une taille critique. L'attribution de 3 ou 4 agents pour couvrir l'ensemble des amplitudes horaires ne permet pas de proposer des remplacements aux différents services d'un pôle. Une solution pourrait être de constituer des équipes de suppléance polaires en y intégrant des effectifs de l'équipe de suppléance existante et en y ajoutant des moyens pris sur les ressources internes des pôles comme ça a été le cas pour la constitution de l'équipe de suppléance du pôle R.A.S..

Dès lors, tel que le préconise le rapport de l'I.G.A.S., l'évaluation de l'opportunité de décentraliser la gestion de l'équipe de suppléance nécessite une évaluation du bénéfice et du risque présenté.

Le premier bénéfice que pourraient tirer les pôles serait de bénéficier de compétences de remplacements plus adaptées à leurs besoins. Ils pourraient investir dans une politique de mobilité qui engloberait aussi les postes à compétences spécifiques.

Par ailleurs, il résulterait très probablement une responsabilisation quant à l'utilisation qui est faite de ce moyen de remplacement et les agents bénéficieraient d'un encadrement de proximité.

Cette configuration présenterait néanmoins des risques non négligeables. La diminution des effectifs des services au profit d'une équipe de suppléance polaire semble difficilement envisageable sans créer une désorganisation. En effet, le calcul des effectifs des services ne permet plus de dégager des ressources. Les moyens attribués aux services sont établis sur une base qui ne prend déjà pas en compte le taux d'absentéisme (toutes absences confondues y compris formation). Dans le cas particulier du pôle R.A.S., l'allocation de postes supplémentaires était liée à la réévaluation du T.P.E.R. pour tendre vers le respect de la norme de 1 I.D.E. pour 2,5 patients. Norme qui n'est toujours pas atteinte à ce jour.

La question des moyens alloués aux pôles pour la gestion d'une nouvelle équipe et la position transversale des cadres référents R.H. n'est parfois pas propice à leur confier cette responsabilité supplémentaire. Le risque serait alors de leur confier une charge qu'ils ne peuvent assumer. Une assimilation de cette équipe à l'équipe du secteur dont ils ont parfois la charge est aussi à craindre. Aussi, tant que les pôles ne disposent pas des moyens de gestion, la délégation de cette équipe est inenvisageable.

Les chefs de pôles ont la responsabilité de l'affectation des agents au sein du pôle. Il n'y a donc pas de garantie que l'équipe de suppléance polaire soit conservée. Ces moyens pourraient finalement être répartis dans les secteurs de soins.

La répartition des effectifs de suppléance dans les pôles pourrait engendrer un cloisonnement supplémentaire ; les moyens seraient figés dans les pôles et la solidarité entre les pôles et au sein de l'institution en serait impactée négativement. Pour limiter ce risque, la création d'une structure de liaison telle qu'elle existe à l'H.E.G.P. serait nécessaire.

Pour les directions, la transformation de l'équipe de suppléance en équipes polaires présenterait le risque de ne plus disposer de moyens à réaffecter lorsqu'un secteur exprimerait des difficultés. Tout du moins, c'est une crainte exprimée par un directeur des soins. Mais une fois que les directeurs auront intégré qu'ils sont sollicités parce que

justement ils sont encore dans le registre opérationnel alors qu'ils sont dorénavant attendus pour la stratégie, il est probable que cette équipe devienne encombrante pour eux.

5. Projection : la délégation de l'intérim

La délégation peut avoir deux niveaux différents. Le premier est une délégation de signature telle qu'elle existe dans les H.U.P.O., le deuxième consisterait à décentraliser aussi le processus de commande.

L'évaluation des bénéfices et des risques liés à une décentralisation et une délégation de signature pour engager les dépenses d'intérim a nécessité de réaliser deux entretiens dont les apports sont présentés ici ;

Un entretien avec le responsable des services économiques a fait ressortir la plus-value de la délégation de signature. La responsabilisation en lien avec le principe de subsidiarité est citée. Concernant la décentralisation du processus, la question organisationnelle est soulevée ; comment les pôles organisent la permanence de l'encadrement pour répondre à tout moment à un besoin de travailleurs temporaires ? Concernant la sécurité du processus de demande auprès des entreprises de travail temporaires, le responsable des services économiques ne voit pas de craintes à ce que ce processus incombe dorénavant aux pôles. Il existe des moyens de vérifier la mise en concurrence des entreprises de travail temporaire et le marché est suffisamment réglementé pour éviter à priori des dérives. Le regroupement des pièces comptables et éléments de preuve (carence, bon pour accord, lettre de consultation) est un préalable à l'engagement d'une dépense. Il est incontournable et les pôles seraient de fait contraints.

Un deuxième entretien, avec un responsable d'entreprise de travail temporaire a permis d'alimenter cette réflexion. Il a fait part de son expérience dans un autre établissement où la délégation avait des contours suffisamment flous pour qu'il ne sache plus qui était en droit de passer des commandes dans l'établissement. Son travail a été rendu complexe car il recevait des commandes de plusieurs cadres de santé, des annulations par d'autres cadres ou par la direction des soins. Les documents de preuve ont été aussi égarés et le règlement des factures est devenu problématique. Ce responsable d'agence a tout de même souligné que cette expérience avait été contredite par une autre expérience qui n'avait posé aucun problème à son sens. Dans ce deuxième cas, il a identifié une

procédure probablement mieux élaborée et portée à la connaissance de tous, y compris des prestataires.

L'analyse bénéfice risque doit aussi être mise en regard du circuit de la demande d'intérim. La délégation de signature apparaîtrait comme une simplification qu'elle soit accompagnée d'une décentralisation du processus ou non.

Pour les pôles, elle apporterait une liberté dans l'organisation et dans la répartition des moyens, elle serait le marqueur d'un signe de confiance.

Pour les directions, le risque, si l'on écarte la perte de pouvoir, est de voir les dépenses non maîtrisées et dans le cas d'une décentralisation du processus, de constater les dépenses avec un délai important comme c'est le cas actuellement avec les heures supplémentaires. En effet, le tableau de pilotage qui vient d'être élaborer prend en compte une organisation centralisée et le délai de retraitement dans les outils institutionnels est important. Néanmoins, pour les directions, c'est aussi la possibilité de se recentrer sur le stratégique et de laisser l'opérationnel aux pôles. Par ailleurs, la mise en œuvre du principe de subsidiarité pourrait avoir pour conséquence une meilleure maîtrise des dépenses d'intérim en mettant en valeur la responsabilité des responsables de pôles.

En conclusion, une délégation de signature est envisageable, mais dans un premier temps au moins, elle doit être encadrée à l'image de l'organisation des H.U.P.O.. La gestion du processus gagne probablement quant à elle, à rester centralisée.

6. Lever les freins et résistances au changement organisationnel

La levée des résistances liées à la perte de pouvoir est passée dans un premier temps par la recherche d'implication et d'association au projet.

Le directeur des ressources humaines du G.H. a fait l'objet d'un fort lobbying afin qu'il accepte d'être co-commanditaire du projet. Il a disposé d'un « reporting » régulier et d'un entretien centré sur la délégation de gestion et l'organisation du contrôle de gestion. Régulièrement il a été destinataires de copies d'articles ou d'extraits d'ouvrages qui valorisaient la délégation de gestion. Pour viser une assimilation à des pairs, des extraits de l'ouvrage⁷² de l'Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (A.D.R.H.E.S.S.) rédigé par des directeurs des ressources

⁷²Jean-Marie BARBOT & al., *Réflexions et pratiques RH à l'hôpital – Tome 2*, Edition Berger-Levrault, septembre 2013

humaines et une interview⁷³ de Philippe DOUMY, Président de la conférence des directeurs généraux de C.H.U interrogé sur le rapport relatif à l'organisation en pôles remis à Madame TOURAINE – Ministre de la santé – lui ont notamment été soumis. Des échanges, parfois non sans humour, ont été maintenus pendant toute la durée du projet. Au même titre, le contrôleur de gestion de la direction des ressources humaines a été associé au « reporting ». Le tableau de pilotage, est inabouti, la présentation a révélé qu'il y manquait des données que la direction des ressources humaines était la plus à même d'inclure. Lors de la dernière présentation, le D.R.H. a demandé au contrôleur de gestion de s'emparer de cet outil et de le reprendre à son compte. Le tableau de pilotage comprend une partie objectifs pour les pôles, il ne s'agit pas d'un simple tableau de bord. Bien entendu ces objectifs dépendent du D.R.H. et de la négociation qu'il en fera avec les pôles. Son implication dans le projet passe aussi par le fait de lui donner cette mission de déterminer les objectifs.

L'implication des pôles est passée notamment par le fait d'élaborer un tableau à partir de leurs besoins. La voie de pénétration des pôles a été par les cadres adjoints aux C.P.P., mais les C.P.P. ont eux même été impliqués. Ainsi, ils ont été informés en janvier lors d'une réunion, de la conduite du projet et des premiers indicateurs élaborés. Des entretiens avec les exécutifs des pôles d'expérimentation ont été demandés, mais la situation de deux pôles sur trois n'a pas permis de tenir ces entretiens. Lors de l'entretien avec l'exécutif d'un pôle, le chef de pôle s'est montré très concerné par les questions d'organisation de l'hôpital. Ses propos ont été riches en arguments pour démontrer que la question des délégations de gestion ne relève que du symptôme et que la question principale reste celle de la gouvernance. Le C.A.P. rencontré n'a quant à lui pris aucune position lors de cet entretien. Il faut à ce sujet noter que sa prise de poste date de quelques mois et que ce pôle a vu se succéder au moins 3 C.A.P. assez peu expérimentés dans les 18 derniers mois.

L'intéressement a bien été envisagé comme levier motivationnel, mais comme ce fût énoncé précédemment, le contexte ne se prête que peut à l'utilisation d'un tel dispositif, et la politique de la directrice du G.H., en la matière n'est pas connue. Aussi ce point reste discutable, car « quelqu'un croit d'autant moins à ce qu'il est amené à dire que la récompense qu'il reçoit en échange est élevé ».⁷⁴

⁷³ *Les pôles existent et il ne faut surtout pas revenir en arrière*, interview de Philippe DOUMY, propos recueillis par Jean-Bernard Gervais, Hospimédia le 19/03/14

⁷⁴ Robert Vincent JOULE et Jean-Louis BEAUVOIS, *La soumission librement consentie*, éditions PUF, 1998

La question qui se pose à présent est de savoir s'il faut attendre que les pôles expriment une demande de délégation ?

La demande des pôles pour obtenir des délégations de gestion et de signature serait un signe d'implication de leur part, néanmoins l'étude de l'A.D.R.H.E.S.S. réalisée en 2012⁷⁵ démontre que les pôles ne sont pas particulièrement dans l'attente de délégations de signature. Ce point a été confirmé par l'entretien avec l'exécutif d'un pôle.

Le rapport de l'I.G.A.S. de 2010 ne relève pas ce point. Au contraire, il soutient l'idée que l'absence de délégation sera un vecteur de découragement.

La mise en place de délégations de gestion dépend de la politique managériale et pour cette raison, ce choix incombe au directeur d'établissement. « Il est surtout question de gouvernance interne et de management »⁷⁶ pour Philippe DOUMY – président de la conférence des C.H.U., Par contre, tout doit être fait pour susciter la demande des pôles en vue d'obtenir une implication forte de leur part.

B. Pour poursuivre la mise en œuvre du projet de délégation

Pour poursuivre ce projet managérial, et viser la mise en œuvre d'une délégation de gestion qui permettrait de responsabiliser l'encadrement des pôles dans la gestion des remplacements en personnel paramédical, il est fait état d'un scénario. Bien entendu, une deuxième possibilité pourrait consister à ne rien changer, mais ce scénario n'a pas d'intérêt à être exposé. Pour accompagner la mise en place d'une délégation de gestion des conditions préalables sont formulées.

1. Elaborer la cartographie des compétences dans chaque pôle

La gestion des remplacements a pour base la gestion des compétences. Le travail d'élaboration de la cartographie des compétences telle qu'elle a déjà été abordée doit à présent être mené quel que soit le scénario de délégation envisagé et y compris en l'absence de délégation de gestion. Ce n'est qu'à partir du moment où ce document existera qu'une politique de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (G.P.M.C.) pourra être mise en place.

⁷⁵ Jean-Marie BARBOT & al., *Réflexions et pratiques RH à l'hôpital – Tome 2*, Edition Berger-Levrault, septembre 2013

⁷⁶ *Les pôles existent et il ne faut surtout pas revenir en arrière*, interview de Philippe DOUMY, propos recueillis par Jean-Bernard Gervais, Hospimédia le 19/03/14

La direction des soins et la direction des ressources humaines doivent impérativement s'unir autour de ce projet pour proposer un service support aux pôles pour élaborer cette cartographie par pôle. Les cadres référents R.H. et les cadres de suppléance ont un rôle à jouer dans ce travail.

2. Elaborer le guide des bonnes pratiques R.H.

Cette idée mise en application dans l'exemple de l'H.E.G.P. figure aussi dans l'ouvrage de l'A.D.R.H.E.S.S.⁷⁷. C'est un préalable à une délégation de gestion car il s'agit là de définir les règles qui doivent être respectées. Sans règle, les pôles n'ont pas de logique et il est facile de dire qu'ils ne savent pas faire, qu'ils manquent de compétences. L'élaboration de ce guide doit à la fois répondre aux besoins opérationnels des pôles et à la fois garantir l'unicité d'application des règles au sein de l'établissement. Il n'est pas question de laisser se développer des pratiques R.H. autonomes. L'expertise de la direction des soins dans le domaine de la gestion des plannings et le lien de celle-ci avec l'encadrement font qu'elle doit s'associer avec la direction des ressources humaines pour élaborer ce document avec l'encadrement des pôles.

3. Poursuivre l'élaboration du tableau de pilotage

La prochaine étape dans l'élaboration du tableau de pilotage consiste à rédiger le dictionnaire des indicateurs. Pour obtenir un consensus, ces indicateurs doivent être compris de tous. Pour être opérationnel, le tableau de pilotage doit être complété par des objectifs. Ces objectifs qui seront négociés entre la direction des ressources humaines et l'encadrement des pôles doivent à la fois être contraignants mais réalistes. Ce sera aussi l'occasion de discuter de la pertinence de ces indicateurs.

Cette première étape pourrait être aussi l'occasion de structurer le dialogue de gestion avec la définition d'un calendrier de revues de gestion.

Ce tableau de pilotage doit dorénavant être pris en charge par le contrôleur de gestion et être incrémenté d'indicateurs de performance, c'est-à-dire des domaines qualité, R.H. et financier. Une place importante doit être laissée aux pôles pour définir leurs propres indicateurs.

⁷⁷ Jean-Marie BARBOT & al., *Réflexions et pratiques RH à l'hôpital – Tome 2*, Edition Berger-Levrault, septembre 2013

4. Poursuivre la mise en place de la communauté de pratiques R.H.

Les deux communautés de pratiques R.H. instaurées depuis septembre 2013 ont vocation à être regroupées. La communauté de pratiques qui en résulte est l'outil qui permet de pénétrer les pôles et les sites et de donner de la cohérence. Il s'agit de la structure de liaison dont les structures divisionnalisées ont besoin pour fonctionner. Tant la cartographie des compétences que le guide des bonnes pratiques R.H. reposent sur cette communauté de pratiques. Mais les autres projets R.H. à venir trouveront aussi une meilleure réalisation si elle est maintenue et développée.

La structuration de cette communauté doit être encouragée, elle doit à présent devenir visible et reconnue en tant que telle. La désignation de cadres référents R.H. est jusqu'à présent facultative, hors il faut peut-être maintenant donner un caractère obligatoire à cette disposition. Jusqu'à présent le projet n'a comporté que 3 pôles d'expérimentation, mais il est difficilement envisageable de l'étendre sans reposer sur une structure où tous les pôles seraient représentés. Il apparaîtrait alors des inégalités dans l'accès à l'information et des difficultés à conduire les projets R.H.. Les C.P.P. auraient pu occuper cette fonction mais dans les faits, ils sont appelés à bon nombre d'autres missions. En termes de ligne managériale, laisser s'installer une centralisation dans les pôles à l'image de ce qui existe dans l'établissement est contraire à l'essence même du principe de subsidiarité.

Toutefois, la désignation de cadres référents R.H. ne doit pas se faire au détriment de l'encadrement de proximité. De réels moyens supplémentaires dans les pôles sont nécessaires. Dès lors que les pôles auront pu organiser cette fonction, il sera alors possible d'utiliser ce groupe de cadres R.H. pour organiser les mobilités inter pôles à l'image de ce qui se fait dans les H.U.P.O..

5. Clarifier la ligne managériale

La clarification de la ligne managériale du G.H. ne se limite pas au seul domaine de la gestion des ressources humaines. Le choix d'investir dans les délégations de gestion n'est pas neutre en terme de management et il impacte l'affectation des moyens. Dès lors que le choix est fait d'investir ces délégations, il faut envisager le transfert de moyens des directions fonctionnelles vers les pôles. Ceci aura pour impact de réduire le champ d'action opérationnel des directions qui devront se repositionner sur la stratégie. Pour les directions des soins, il est probable que la mise en œuvre du principe de subsidiarité induise la quasi disparition des cadres de santé et cadres supérieurs de santé chargés de missions

transversales. Pour les directions des ressources humaines, le même mouvement doit être envisagé en simultané. Pour l'ensemble des directions, il s'agirait alors de mieux travailler ensemble. Dans les projets de reconfiguration géographique des directions du G.H., il faudrait alors tenir compte de la nécessité du rapprochement de toutes les directions. La localisation actuelle des directions des soins sur la quasi-totalité des sites, souvent au fond du couloir est significative. La logique de direction de site devrait être abandonnée au profit des pôles. Le positionnement des directeurs en référence des pôles risque néanmoins de les inciter à interférer dans l'opérationnel.

Outre la question des effectifs, le lien entre directions et pôles en serait modifié. Les uns agissants à la fois comme services supports et comme garants de la politique et les autres assurant la mise en œuvre, c'est à dire le volet opérationnel. Ce lien nécessite une relation de confiance et de transparence.

Le management par objectifs clairs, explicites, dont l'évaluation reposerait sur des indicateurs définis au préalable est la seule solution pour parvenir à l'idée maitresse de la gouvernance qui est de responsabiliser les acteurs.

Ces objectifs doivent intégrer la performance dans l'ensemble de ses dimensions ; qualité des soins et des services, conditions de travail des personnels, efficience économique.

Dans la solution la plus aboutie d'application du principe de subsidiarité, les pôles se verraient définir un équilibre prévisionnel des recettes et des dépenses (E.P.R.D.), les freins évoqués au cours de ce projet montrent à quel point cela relève de l'imaginaire aujourd'hui. Toutefois, si c'était le cas, il faudrait au préalable s'assurer que les pôles ont des structures médico-économiques viables. La construction des pôles a été basée essentiellement sur une logique médicale, de parcours patients, et n'a que tenu compte de la logique économique. L'évaluation sur la maîtrise de l'E.P.R.D. n'est donc aujourd'hui pas envisageable.

La structuration du contrôle de gestion associant les C.A.P., quitte à redéfinir leur champ d'action, leur rattachement hiérarchique et à forcer le développement des compétences en la matière est un préalable à la mise en œuvre de ces délégations.

La formation des exécutifs de pôle est un axe engagé qu'il faut poursuivre pour permettre l'intégration de la culture médico-économique. Toutefois, la seule formation théorique ne leur permettra pas de développer les compétences attendues. Le

développement des compétences ne se fait qu'en situation de travail donc il va falloir passer à la mise en pratique.

La mise en pratique pourrait être progressive et adaptée à l'état d'avancement des pôles. Cette idée est soutenue par Guy VALLET ; « la possibilité d'une géométrie variable des délégations de gestion selon le degré d'avancement des pôles. »⁷⁸

6. Quelle délégation de gestion ?

Les différents grades de la délégation pourraient concerner les domaines qui sont délégués. Ainsi, il est possible d'imaginer une délégation qui concerne dans un premier temps la gestion de l'intérim au modèle de ce qui se fait dans les H.U.P.O., c'est-à-dire de demander aux pôles de déterminer des quotas mensuels et de les laisser libres de décider d'engager la dépense. En cas de non-respect du quota, il y aurait alors une réunion de dialogue de gestion. Cette mesure aurait pour bénéfices de simplifier le circuit de validation de l'intérim et de donner de l'autonomie aux pôles et donc de les responsabiliser. Dès lors, une centralisation des commandes pour le G.H. pourrait être envisagée.

Une deuxième étape pourrait consister à leur confier la gestion du processus de commande de l'intérim, mais nous l'avons déjà vu, cela nécessite une organisation au sein des pôles. Par ailleurs, tel que l'a décrit le responsable d'agence de travail temporaire, il risque d'y avoir une complexité dans le traitement des commandes et l'engagement des factures. Par ailleurs, le risque de la délégation de l'ensemble du processus est de perdre la visibilité sur les dépenses. Le contrôle devrait alors être solidement développé. En terme de management ce dernier point de délégation n'apporte par ailleurs pas beaucoup de bénéfices puisque la responsabilisation tient plutôt à la décision qu'à la réalisation elle-même.

Le risque d'une délégation qui ne comprendrait que le domaine de l'intérim est de voir un report des dépenses sur ce moyen de remplacement. A l'image de ce qui existe actuellement avec les heures supplémentaires, les pôles ont la tendance naturelle de se tourner en priorité vers les moyens de remplacement qui sont à leur disposition. Leur donner la délégation sur l'intérim et sur les heures supplémentaire aurait donc pour conséquence probable de faire augmenter les dépenses de remplacement.

⁷⁸ Guy VALLET & al., *Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, février

Il apparaît alors que la délégation de gestion doit inclure l'équipe de suppléance.

Une délégation de gestion de l'équipe de suppléance pose néanmoins des difficultés qui ont été présentées dans un chapitre précédent. La taille de ces équipes est le principal frein à cette délégation. La question du management de ces équipes est aussi essentielle. En préalable, chaque pôle doit s'engager sur la gestion qu'il fera de ces postes. Des indicateurs notamment de mobilité, de formation, doivent être suivis dans le tableau de pilotage. La loi H.P.S.T. donne au chef de pôle la responsabilité de l'affectation des agents au sein du pôle, donc peut-être que les agents de l'équipe de suppléance ne devraient pas être intégrés dans le T.P.E.R. du pôle. La délégation de gestion de l'équipe de suppléance consisterait alors à mettre à disposition des agents dont la gestion administrative resterait centralisée. Cette équipe aurait alors l'avantage de permettre aux directions d'intégrer les agents qui ne relèvent plus des pôles (retours de congés parentaux, retours de disponibilité). L'arbitrage pour la répartition des effectifs doit tenir compte des difficultés connues et prévues des pôles. La centralisation administrative de cette équipe aurait l'avantage de permettre de ne pas figer cette répartition et de l'ajuster dans le temps en fonction des situations présentées par les pôles.

Un frein lié à la mobilisation de cette équipe n'a jusque-là pas été abordé. Aucune action de préparation de cette équipe n'a été mise en place dans le projet car en l'absence de ligne managériale claire, la communication à cette équipe serait source de désordre.

La mise en place de délégations de gestion, si elle est décidée devra être présentée dans les différents instances. Le périmètre de présentation de ces délégations dépendra entre autre du choix de les inscrire, ou pas, aux contrats de pôle :

- la commission de surveillance car il s'agit d'un élément de politique. Elle est informée de toutes les questions relatives au fonctionnement et à l'organisation du groupe hospitalier qui lui sont soumises par le directeur du groupe hospitalier.
- le comité exécutif car il assiste le directeur dans la conduite et le pilotage du groupe hospitalier ainsi que dans le suivi de l'exécution des contrats de pôle.
- la C.M.E.L. car elle doit être informée des contrats de pôles et des délégations,
- le C.T.E.L. sera consulté par le directeur car il s'agit de l'organisation interne locale du groupe hospitalier,

- les C.H.S.C.T.L. sont concernés par les conditions de travail et une délégation de l'équipe de suppléance change ces conditions,
- la C.S.I.R.M.T. car l'organisation des soins est modifiées,
- lorsqu'ils existent, les conseils de pôles doivent être tenus informés de la mise en place de ces délégations car elles changent la ligne managériale.

CONCLUSION

Les résistances à la conduite de ce projet de préparation de la délégation de gestions sont puissantes dans cette institution dont la culture managériale repose sur la centralisation. Près de 10 ans après la mise en place de la nouvelle gouvernance à l'hôpital, le principe de subsidiarité n'est toujours pas la règle.

Pour les auteurs du rapport sur le bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, déjà en 2010, il y a une certaine urgence à mettre en place des délégations de gestion. Ils ciblent le risque de découragement des chefs de pôles qui ont fait l'effort d'acculturation pour intégrer la dimension médico-économique, mais qui ne disposent pas des moyens de gestion. Tout en reconnaissant les freins à cette mise en œuvre du principe de subsidiarité, ils prônent une généralisation des délégations de gestion qui serait, après la mise en place des pôles, « la deuxième étape de l'organisation polaire ».

Même si ce risque de découragement a été exprimé par un exécutif de pôle, il me semble à présent qu'il n'y a pas d'urgence à instaurer quelque délégation que ce soit. La délégation de gestion n'est qu'un signe d'une politique managériale et sans outils robustes, les exécutifs de pôles ne peuvent pas piloter la performance. Une délégation qui serait retirée serait encore plus décourageante donc « il convient d'être attentif à ne déléguer que ce qui n'est pas susceptible d'être remis en cause. »⁷⁹

Dès lors qu'il existera une réelle volonté managériale, qu'elle se mesurera dans les moyens accordés aux pôles pour assumer cette gestion et par la reconfiguration complète des directions fonctionnelles, alors il sera possible de les engager au travers d'objectifs mesurables.

⁷⁹ Chantal LACHENAYE-LLANAS, *Délégation de gestion et cohérence institutionnelle, Le management de pôles à l'hôpital*, éditions Dunod, novembre 2012

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Etienne BOURGEOIS et Marc DURAND, *Apprendre au travail*, Collection PUF, 2012

W.G. OUCHI, *Markets, Bureaucracies, and Clans*, Administrative Science Quaterly, 1980

P.R. LAWRENCE et J.W. LORSCH, *Differentiation and Integration in Complex Organisation*, Administrative Science Quaterly, 1967

Fabrizio BUTERA & al., *L'évaluation une menace ?*, éditions PUF, 2011

M-O CLERY, *Délégation de gestion et contractualisation interne*, éditions les études hospitalières, mai 2003

Lydie RIVALDI, *Quelle place peut investir le cadre de santé dans le processus de contractualisation interne ?*, Recherche en soins infirmiers N°85, février 2006

Jean-Marie BARBOT & al., *Réflexions et pratiques RH à l'hôpital – Tome 2*, Edition Berger-Levrault, septembre 2013

Henri MINTZBERG, *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall (trad. fr : Structure et dynamique des organizations), 1979/1982

Joan WOODWARD, *Industrial Organization: Theory and Praticce*, Oxford University Press, 1965

Ch. PERROW, *A Framework for the Comparative Analysis of Organizations*, American Sociological Review, Vol. 32, 1967

P.R. LAWRENCE, J.W. LORSCH, *Differentiation and Integration in Complex Organisation*, Administrative Science Quaterly, 1967

Jean-Sylvestre MONGRENIER, *Johannes Althusius et l'Europe subsidiaire*, institut-thomas-more.org, mai 2009

Robert Vincent JOULE et Jean-Léon BEAUVOIS, *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, éditions PUG, 2002

R.N. ANTHONY, *Planning and control systems. A Framework for Analysis*, Boston : Division of research, graduate school of business administration, Harvard University, 1965

Jean-Marie BARBOT & al., *Réflexions et pratiques RH à l'hôpital – Tome 2*, Edition Berger-Levrault, septembre 2013

Thierry NOBRE et Patrick LAMBERT, *Le management de pôles à l'hôpital*, éditions DUNOD, novembre 2012

Chantal LACHENAYE-LLANAS, *Délégation de gestion et cohérence institutionnelle, Le management de pôles à l'hôpital*, éditions Dunod, novembre 2012

Robert Vincent JOULE et Jean-Louis BEAUVOIS, *La soumission librement consentie*, éditions PUF, 1998

Articles :

Thomas QUEGUINER, *La division de l'AP-HP en 12 groupes hospitaliers a supprimé près de 40 postes de DH*, Hospimédia, 25 juin 2013

Guillaume CHESNEL et Grégory VIAL, *Les délégations de gestion aux pôles hospitaliers*, 2011, http://www.smpsante.fr/fileadmin/fichiers_redacteurs/pdf/Articles_pdf/CJG/2906_CJG_POL_ES_delegations_gestion.pdf consulté le 03/05/14

Annick VALETTE & al., *Paradox management delegation: inter and intra-individual variability*, CAHIER DE RECHERCHE n°2010-03 E1, CERAG, <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00534719> consulté le 18/05/14

Robert COULON, *cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion*, cahier du Fargo, juin 2011

Sholom GLOUBERMAN, Henry MINTZBERG, *Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie*, Gestion N°273, mars 2002

Thomas QUEGUINER, *Le volet médical du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP met l'accent sur la "parcimonie" du soin*, Hospimédia, 19/05/14

Sandra MIGNOT et Thomas QUEGUINER, *Martin HIRSCH présente ses dix leviers d'action pour l'AP-HP en 2014*, Hospimédia, le 21/01/14

Sophie DIVAY et Charles GADEA, *Les cadres de santé face à la logique managériale. L'encadrement à l'épreuve du management public*, Revue française d'administration publique n°128, 2008

Les pôles existent et il ne faut surtout pas revenir en arrière, interview de Philippe DOUMY, propos recueillis par Jean-Bernard Gervais, Hospimédia le 19/03/14

Rapports et enquêtes:

Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, juillet 2011

Guy VALLET & al., *Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, février 2010

La loi HPST à l'Hôpital : les clés pour comprendre, Ministère de la santé et ANAP, novembre 2010

Stéphanie BOULENGER & al., *Déconcentration, délégation, dévolution ; avantages, inconvénients et mise en place*, CIRANO©, août 2012, <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2012s-22.pdf> consulté le 19/05/14

Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles, MeaH, février 2009 http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Nouvelle_gouvernance_et_compta_analytique_2009.pdf consulté le 03/05/14

Etat des lieux et attentes des établissements de santé en matière de pilotage, GMSIH, 2005 http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Pilotage_des_ES_Etat_des_lieux_et_attentes.pdf

Site Internet :

Maitrise des dépenses de santé, IRDES, <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/donnees-de-cadrage/hopital/maitrise-des-depenses-hospitalieres.html> consulté le 20/05/14

Historique des réformes hospitalières en France, IRDES, septembre 2011, <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf> consulté le 02/05/14

Vesna NAGLIČ et Danai PAPADOPOULOU, *Le principe de subsidiarité*, Fiches techniques sur l'Union européenne – juillet 2013 http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/fr/FTU_1.2.2.pdf

Qu'est-ce que le principe de subsidiarité ?, Vie-publique.fr, janvier 2013 <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/union-europeenne/fonctionnement/france-ue/qu-est-ce-que-principe-subsidiarite.html> consulté le 19/05/14

Qu'est-ce que la décentralisation ?, Vie-publique.fr, novembre 2013 <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/principes-collectivites-territoriales/qu-est-ce-que-decentralisation.html> consulté le 19/05/14

Qu'est ce que la performance ? <http://www.anap.fr/faq/> consulté le 04/05/14

Compte provisoire 2013 de l'AP-HP : des résultats qui traduisent les efforts engagés pour le retour à l'équilibre en 2016, Salle de presse APHP, le 12/03/14, <http://presse.aphp.fr/compte-provisoire-2013-de-lap-hp-des-resultats-qui-traduisent-les-efforts-engages-pour-le-retour-a-lequilibre-en-2016/> consulté le 18/05/14

Un hôpital réorganisé pour répondre aux besoins des territoires et de la santé, Organisation de l'APHP, <http://www.aphp.fr/aphp/hopital-reorganise-pour-repondre-aux-besoins-des-territoires-de-la-sante/> consulté le 18/05/14

Hospidiag, <http://hospidiag.atih.sante.fr> consulté le 29 avril 2014

Autres documents :

Jean-Paul DUMOND, *Organisations de santé, la grande transformation*, cours de Master Management des organisations soignantes, E.S.M.-U.P.E.C., 2013/2014

Projet de soins central de l'AP-HP – Plan stratégique 2010-2014, Direction centrale des soins et des activités paramédicales de l'AP-HP, novembre 2009

Règlement intérieur de l'AP-HP

ANNEXE I : Entretiens avec les directeurs des ressources humaines

Question N°1 : Le rapport de l'I.G.A.S. de février 2010 intitulé « bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé » (Guy VALLET & al.) pointait « le faible investissement des établissements dans les moyens de gestion délégués aux pôles ». Etes-vous d'accord avec cette affirmation ?

Question N°2 : Ce même rapport relevait entre autres ces attentes des responsables de pôles : « des délégations de gestion dans le champ des ressources humaines, des outils de pilotage financier, notamment un EPRD de pôle ». Etes-vous d'accord avec cette affirmation ? Où en sommes-nous sur ce sujet ?

Question N°3 : Une délégation de gestion des moyens de remplacement fait-elle partie de vos projets ? Quel niveau ? Pourquoi ?

Question N°4 : Comment est organisé le dialogue de gestion entre les pôles et les directions ? A la demande de qui ? Avec qui ? Fréquence ? Support ?

Question N°5 : Ce dialogue de gestion vous paraît-il satisfaisant ? Pourquoi ? Comment souhaitez-vous voir évoluer ce dialogue de gestion ?

Question N°6 : Selon vous quels sont les freins à la mise en place de plus de délégation de gestion, notamment dans le domaine des ressources humaines ?

Question N°7 : Envisagez-vous de renforcer le contrôle de gestion en recrutant des contrôleurs de gestion ? Si oui, où pensez-vous qu'ils doivent être positionnés ?

Question N°8 : Pensez-vous que la gestion des présences au travail est suffisamment optimisées dans l'hôpital et que les dépenses de personnel sont suffisamment suivies et maîtrisées par les pôles ?

Question N°9 : *(présentation du tableau de bord issu du groupe cadres de suppléances)*

Cet outil vous serait-il utile pour le pilotage ? La fréquence mensuelle vous paraît-elle adaptée ? Quelles pistes verriez-vous pour l'améliorer ?

Question N°10 : Rajouteriez-vous quelque chose que j'aurai oublié ?

ANNEXE 2 : Entretien avec l'exécutif d'un pôle

Question N°1 : Le rapport de l'I.G.A.S. de février 2010 intitulé « bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé » (Guy VALLET & al.) pointait « le faible investissement des établissements dans les moyens de gestion délégués aux pôles ». Etes-vous d'accord avec cette affirmation ?

Question N°2 : Ce même rapport relevait entre autres ces attentes des responsables de pôles : « des délégations de gestion dans le champ des ressources humaines, des outils de pilotage financier, notamment un EPRD de pôle ». Etes-vous d'accord avec cette affirmation ? Où en sommes-nous sur ce sujet ?

Question N°3 : Une délégation de gestion des moyens de remplacement fait-elle partie de vos attentes ? Quel niveau ? Pourquoi ?

Question N°4 : Comment est organisé le dialogue de gestion entre les pôles et les directions ? A la demande de qui ? Avec qui ? Fréquence ? Support ?

Question N°5 : Ce dialogue de gestion vous paraît-il satisfaisant ? Pourquoi ? Comment souhaitez-vous voir évoluer ce dialogue de gestion ?

Question N°6 : Selon vous quels sont les freins à la mise en place de plus de délégation de gestion, notamment dans le domaine des ressources humaines ?

Question N°7 : Qui dans le pôle est chargé de suivre les dépenses en matière de personnel ? Avec quelle fréquence ces dépenses font-elles l'objet d'un bilan ?

Question N°8 : *(présentation du tableau de bord issu du groupe cadres de suppléances)*

Cet outil vous serait-il utile pour le pilotage de votre pôle ? La fréquence mensuelle vous paraît-elle adaptée ? Quelles pistes verriez-vous pour l'améliorer ?

Question N°9 : Rajouteriez-vous quelque chose que j'aurai oublié ?

ANNEXE 3 : Les recommandations – I.G.A.S.

1. MANAGEMENT GLOBAL DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE

1 - Affirmer le passage à la deuxième étape de la mise en place de l'organisation polaire, celle des délégations de gestion et de moyens aux pôles médicaux et médico-techniques ;

7 - Maintenir au sein des pôles des espaces d'information et d'expression collectives ;

18 - Identifier et valoriser les projets de soins dont la réalisation a été rendue possible par la dimension ou l'interdisciplinarité d'un pôle ;

20 - Identifier et valoriser les projets de recherche dont la réalisation a été rendue possible par la dimension ou l'interdisciplinarité des pôles ;

21 - Définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement, les rôles et les positionnements de l'encadrement et les circuits de décision ;

22 - Encourager la diffusion de la culture institutionnelle au sein des équipes de pôle par l'association de leurs responsables aux instances décisionnelles de l'établissement et par la production d'outils resituant leur intervention dans le cadre de celle de l'EPS ;

23 - Maintenir la vigilance sur la cohésion institutionnelle :

- en articulant les projets de pôle et le projet d'établissement,

- en assurant la solidarité financière des pôles par la mutualisation de certaines charges,

- en identifiant les domaines relevant de la stratégie de l'institution.

24- Structurer le management des chefs de pôle en créant une instance dédiée ;

25- Diffuser assez largement l'information concernant les pôles à l'ensemble de leurs responsables ;

26 - Veiller au respect des grands équilibres de l'institution :

- en conservant un dialogue social centralisé,

- en ne poussant pas la mutualisation des équipes soignantes au-delà de ce qui est socialement soutenable.

27 - Reporter le transfert inéluctable de l'autorité hiérarchique sur les personnels soignants des directions des soins aux chefs de pôle à une étape ultérieure ;

2. DECOUPAGES

3 - Prévoir des échéances régulières de révision du découpage des pôles, tous les 5 ans par exemple ;

10 - Associer les cadres de proximité aux réflexions sur ces révisions des découpages ;

19 - Identifier les ajustements permettant de renforcer la dimension enseignement-recherche des pôles ;

3. ACCOMPAGNER LES CHEFS DE POLE

9 - Soutenir et accompagner les chefs de pôle dans le management collectif des pôles, sans imposer de schéma d'organisation ;

11 - Accompagner les chefs de pôle dans le management du corps médical au sein du pôle en encourageant la gestion d'équipe par des formations et des accompagnements individualisés ;

12 - Accorder du temps médical détaché en compensation du temps passé à la chefferie de pôle ;

13 - Développer et systématiser les formations des chefs de pôle en gestion budgétaire et financière et en management. Y associer le cas échéant le trio de pôle ;

14 - Assortir la mise en oeuvre de la part variable des chefs de pôle d'un certain nombre de garanties (clarté et mesure de la réalisation des objectifs) ;

4. DELEGATIONS DE GESTION

15 - Examiner en priorité, parmi les délégations de gestion, celles qui relèvent du champ des ressources humaines ;

29 - Identifier précisément les zones de risques des délégations de gestion, organiser les alertes en conséquence, et prévoir les cas de recentralisation ;

31 - Définir et respecter le calendrier de délégation ;

36 - Identifier plusieurs niveaux de délégations possibles en fonction de l'avancement des pôles ;

37 - Sortir les délégations de gestion du champ des contrats de pôle ;

5. MOYENS/OUTILS DE GESTION

4 - Rattacher les cadres de gestion aux chefs de pôle et non plus aux directions fonctionnelles ou directions de site ;

5 - Mettre en place un EPRD et des tableaux de bord opérationnels pour chaque pôle ;

6 - Investir de réelles compétences de gestion au sein même des pôles en redéployant des cadres de gestion ;

6. INTERESSEMENT

2 - Fonder l'intéressement des pôles sur une approche de leur performance globale ;

- ne pas le fonder sur le résultat financier net, tenir compte de manière distincte des efforts de maîtrise des dépenses d'une part, de développement des recettes d'autre part,

- enrichir cette analyse de la prise en compte d'objectifs d'organisation, de management, de conduite de projets médicaux et soignants et de qualité.

8 - Prévoir un intéressement, même faible, même si l'établissement est en déficit ;

7. DIRECTIONS FONCTIONNELLES

16 - Inciter les directions fonctionnelles à tirer toutes les conséquences de la création des pôles depuis 2005 et de la suppression des services, en évitant de court-circuiter la nouvelle organisation ;

17 - Encourager le développement de relations approfondies et directes entre les trions de pôle et les directions fonctionnelles, en utilisant, en tant que de besoins les directeurs référents ;

28 - Réaffirmer auprès des équipes de direction le caractère irréversible de la dynamique polaire ;

30 - Engager chaque équipe de direction dans un travail d'identification précise des compétences et des moyens à déléguer. Incrire ces objectifs dans les fiches annuelles d'évaluation ;

32 - Redéfinir les contours de l'équipe de direction en fonction de l'organisation polaire ;

33 - Accompagner les équipes de direction dans l'évolution de leur positionnement par des formations ;

34 - Affirmer le caractère transitoire, si elle est nécessaire, de la fonction de directeur référent ;

35 - Engager avec les directions de site le travail envisagé avec les directions fonctionnelles d'inventaire des compétences et des moyens à déléguer ;

ANNEXE 4 : Tableau de pilotage

Version : Mars 2014		données : mars <<< renseignez le mois					
Indicateur	Pôle / Site	Objectif	2013	2014	Tendance	Graph.	
A1	Dépense globale (intérim, suppléance, vacataires)	AC-HM	30%	654 508 €	562 832 €	⊖	ⓘ
A2	Dépense intérim	AC-HM	80%	207 835 €	76 734 €	⊖	ⓘ
A3	Dépense Suppléance	AC-HM	10%	402 718 €	458 617 €	⊕	ⓘ
Le pôle C.I.T.I.							
A1	Dépense globale (intérim, suppléance, vacataires)	C.I.T.I	20%	184 208 €	217 766 €	⊕	ⓘ
A2	Dépense intérim	C.I.T.I	30%	14 027 €	5 491 €	⊖	ⓘ
A3	Dépense de suppléance	C.I.T.I	15%	158 382 €	206 209 €	⊕	ⓘ
A4	Dépense de vacataires (E.S.I.)	C.I.T.I		11 799 €	6 067 €	⊖	ⓘ
A5	Variation des présences infirmières / jr (hors remplacements)	C.I.T.I		6,42	3,32	⊖	ⓘ
A6	Variation des heures infirmières mobilisées dans le mois (remplacements inclus)	C.I.T.I		1284	2644	⊕	ⓘ
A5	Variation des présences aides-soignantes / jr (hors remplacements)	C.I.T.I		5,41	1,44	⊖	ⓘ
A6	Variation des heures aides-soignantes mobilisées dans le mois (remplacements inclus)	C.I.T.I		4664	3783	⊖	ⓘ
A7	Soldé RR IDE (en heures)	C.I.T.I		1398	1767	⊕	ⓘ
A7	Soldé RR AS (en heures)	C.I.T.I		927	1095	⊕	ⓘ
A8	Congés de l'année pris depuis 1er janvier IDE	C.I.T.I		17,77%	18,05%	⊕	ⓘ
A9	Congés de l'année pris dans le dernier mois IDE	C.I.T.I		6,61%	6,02%	⊖	ⓘ
A10	Etat des compteurs C.E.T.	C.I.T.I		7572	7193	⊖	ⓘ
A11	Formation (jours pris)	C.I.T.I		148	269	⊕	ⓘ
Le pôle Psychiatrie							
A1	Dépense globale (intérim, suppléance, vacataires)	Psychiatrie	20%	49 463 €	58 833 €	⊕	ⓘ
A2	Dépense intérim	Psychiatrie	30%	5 576 €	3 829 €	⊖	ⓘ
A3	Dépense de suppléance	Psychiatrie	15%	40 008 €	49 818 €	⊕	ⓘ
A4	Dépense de vacataires (E.S.I.)	Psychiatrie		3 879 €	5 186 €	⊕	ⓘ
A5	Variation des présences infirmières / jr (hors remplacements)	Psychiatrie		3,17	1,14	⊖	ⓘ
A6	Variation des heures infirmières mobilisées dans le mois (remplacements inclus)	Psychiatrie		395	509	⊕	ⓘ
A5	Variation des présences aides-soignantes / jr (hors remplacements)	Psychiatrie		2,68	1,90	⊖	ⓘ



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes
MTMOS@13-14**

Politique managériale : à l'heure de la délégation de gestion

*Préparer une délégation de gestion des moyens de remplacement du personnel paramédical
dans les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor*

AUTEUR

Julien POUVESLE

MOTS-CLES

Pôles – Délégation de gestion –
Remplacement de personnel – Politique
managériale

KEYWORDS

Departments - Management delegation -
Staff replacement - Managerial policy

RESUME

Objectif : Préparer la délégation de gestion des remplacements du personnel paramédical.

Méthode : Entretiens semi-directifs, élaboration d'un tableau de bord.

Contexte : Les Hôpitaux Universitaires Henri MONDOR est un groupe hospitalier représentant 3200 lits dédiés à la prise en charge de l'adulte à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

Sujet : Pour maîtriser les dépenses de santé à l'hôpital, les réformes hospitalières prévoient de transférer la gestion opérationnelle à l'échelon des pôles. Ce mouvement nécessite une acculturation tant des directions fonctionnelles que des exécutifs de pôles, mais aussi de définir une nouvelle ligne managériale et d'accorder les moyens de gestion.

ABSTRACT

Aim: Preparing the delegation of management of paramedical staff replacements

Method: Semi directive interviews, developing a management dashboard.

Context: The public university hospital group Henri MONDOR has a capacity of 3200 beds, dedicated to adult care in the Paris region (Val de Marne and Essonne).

Subject: To control hospital budget, the health care reforms plan to transfer the operational management to the department level. This method requires an acculturation from functional directions and from department executives, but also a new manager line definition and management's means.