

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

I.	Introduction:	2
A.	Contexte général.....	2
B.	Critères de la complexité contextuelle	2
1.	Conjoncture économique instable	2
2.	Innovation technologique et projet médical accélérés	3
3.	Nouvelles exigences	3
4.	Malaise du personnel.....	3
5.	Prise en compte des contraintes	5
6.	Répartition nouvelle des pouvoirs.....	5
7.	Modification des structures	6
8.	Crise de la représentation syndicale	6
9.	Représentation syndicaliste en crise.....	6
10.	Inflation de la réglementation	6
II.	Historique de la gestion de ressources humaines	7
A.	1950-60 Administration de personne	7
B.	1960-70 Gestion du personnel.....	7
C.	1970-80 Gestion des relations humaines et sociales	7
D.	1980-90 La gestion des ressources humaines	8
E.	1990-.... Le management stratégique de Ressources Humaines.	11
III.	Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences.	12
A.	Adapter, Anticiper les ressources.....	12
B.	Les défis des managers.....	12
C.	Notion de « prévisionnelle »	13
D.	Notion de « préventive »	13
1.	Dimension risque / sécurité	13
2.	Dimension de risque / métier	14
E.	Triangle d'or de la GPPEC.....	15
IV.	Nouvelle gouvernance et RH	16
A.	Le projet social	16
B.	Nouvelle gouvernance.....	17
C.	La gestion déconcentrée	17

I. Introduction:

A. Contexte général

Evolution du contexte des ressources humaines des secteurs hospitaliers rapide et complexe

Souvent confusion entre textes législatifs et pratique.

Impact de l'environnement extérieur: une organisation n'est pas une fin en soi, elle est au service d'une stratégie (ex.: les pôles => à quoi servent ils? Est ce l'organisation la plus adaptée?...)

Problème de lisibilité et de complexité de l'environnement

SEIREYX ("Le big bang des organisations"): Révolution des organisations => les choses étaient compliquées, elles sont devenues complexes. L'ensemble des paramètres ne sont pas maîtrisables et accessibles, mais pour autant, il faut agir, même sans maîtriser les données incontournables. => il faut intégrer ces données => en accroissant la prise de risque. Le management, c'est la capacité à s'adapter aux situations (= intelligence des situations) avec pragmatisme (en alliant projet à long terme et résolution de problèmes quotidiens).

Gérer les hommes, c'est gérer l'irrationnel, l'impondérable, et l'imprévu.

B. Critères de la complexité contextuelle

1. Conjoncture économique instable

Conjoncture économique instable et aléatoire => banalisation de la crise hospitalière depuis environ 30 ans... Augmentation des coûts de la santé:

- Garantie du droit au soin
- Droit de choisir son médecin
- Droit à la couverture sociale

On ne peut pas faire abstraction de ces coûts car nombre d'actifs diminuent (augmentation du chômage et du nombre de retraités) => déséquilibre entre nombre de payeurs et nombre de retraités.

1. Pour une dépense de santé de 100€ => 50€ de dépenses hospitalières (dont 70% de dépenses de personnel)
2. 1958 (réforme Debré) => processus de modernisation des hôpitaux => 1970: création du service public hospitalier (à vocation exclusivement sanitaire).
3. Avec le passage à la T2A, on s'intéresse au coût de production (ex.: pour une recette de 100€, mon coût de production ne doit pas dépasser 100, si < alors bénéfice, si > alors déficit) => Evaluation des coûts de séjour (surtout les 3 premiers jours d'hospitalisation) => distinction des MIGAC => comparaison des coûts à qualité égale. Si on veut du personnel en plus, il faut que la production couvre les dépenses en charge fixe => sinon déficit structurel => Question du nombre d'infirmières au nombre de lit **ou** de malade? => la T2A implique une gestion en flux d'activité => d'où la gestion en pôle (plus efficace de gérer un pôle de 200 infirmières que 10 services de 20 infirmières.)
4. Les pôles servent à rationaliser, à optimiser les moyens => plus de moyens => plus de souplesse => logique de constitution des pôles (activités complémentaires ou

non) et notion de polyvalence (distinction bouche-trou / poly-compétence et poly-qualification). L'hyperspécialisation entraîne un cloisonnement et une baisse de la polyvalence.

5. Si les professionnels doivent bouger => nécessité d'établir un cadre.
6. l'organisation en pôle (contractualisation direction / pôle) impacte:
 - La direction
 - La DSI
 - Les responsables de pôles (// chef de service). au regard de la loi, responsable de pôle = management + gestion, et chef de service = clinique.
 - Cadre // cadre de pôle.

2. Innovation technologique et projet médical accélérés

Double impact:

a) Sur les organisations

Les organisations n'ont pas (plus) de durée de vie longue, elles doivent s'adapter aux pratiques et aux technologies. (Ex.: imagerie, miniaturisation, laboratoires, stérilisation...)

b) Sur les métiers

Les métiers sont de plus en plus instables => situation de formation continue => adaptabilité du métier.

3. Nouvelles exigences

Nouvelles exigences des patients, clients, structures sociales => demande de rendre des comptes (qui paye contrôle). Individualisme exacerbé.

Perturbation des organisations dans leur réponse traditionnelle par:

- les lobbies (associations+ + +) = pression permanente
- Voie judiciaire (attention au défaut d'information).
 - Loi BADINTER: pénalisation morale des responsabilités: L'hôpital doit faire la preuve de la mise en œuvre de tout ce qui est possible pour éviter le problème
 - Arrêt TROUSSEAU: coresponsabilité de la chaîne hiérarchique.
- Pression par la qualité: ANAES, HAS, accréditation V3... => établissement de référentiel et de normes => évaluation des bonnes pratiques. Ces référentiels sont publics. tous les établissements sont soumis à des certifications dont le rapport est public.
- Loi du 4 Mars 2002: accès direct au dossier. l'utilisateur est représenté par commission de conciliation + représentant au CA.

4. Malaise du personnel

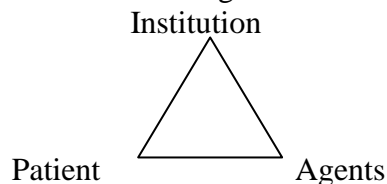
Personnel en situation de malaise ou d'inquiétude sur leur avenir et d'autres usés, épuisés.

- Différence de statut: => différence de salaire à fonction égale. (titulaire, stagiaire, intérimaires...). Les gens sont sensibles aux sollicitations financières => complexification du management.=>

nécessité d'un management différencié (= prise en compte des situations différentes). Les équipes sont moins homogènes.

- Personnel de plus en plus individualiste aussi. Passage à une personnalisation des réponses. la gestion de personnel est devenue la gestion de personne. Il faut tenir compte de la situation personnelle, mais jusqu'où? Equilibre précaire entre situation personnel et intérêt et gestion de service.

Le cadre est pris en permanence dans un triangle entre:



Pression permanente des trois acteurs sur le cadre => trouver un équilibre de contre-pression. Statut double: gestion et représentation de l'institution.

Chacun des acteurs ignore les injonctions et les exigences des autres => régulation et négociation à tous les niveaux. La réponse doit se faire en permanence par du management situationnel.

Le cadre incarne l'intérêt général. D'autant plus que la notion d'équipe est différente de celle de groupe. Un groupe = somme de chacun des individus. Equipe > somme des individus. L'équipe ne se construit que dans la durée et le contenu (projet, résultats...). => Non spontanée. L'équipe est une entité homogène alors qu'un groupe est hétérogène. Dans le management, on n'adopte pas le même positionnement, le même style de management en fonction que l'on s'adresse à un groupe ou à une équipe. Management de groupe = management directif bilatéral. Pour une équipe = management participatif

Le management situationnel s'applique aussi sur la différence entre manager un ancien et manager un nouvel agent => ils n'ont pas la même compétence ni la même motivation. D'où pas la même autonomie. (Attention, un ancien peut se laisser déborder => Management directif de recadrage). Le tutorat consiste à transmettre les compétences et les motivations. Il accélère les processus d'intégration de transmissions de bonnes pratiques. Il permet de décoder les messages sociaux et valorise les deux agents.

Autonomie = Compétence * Motivation:

- A- - = C- * M- => Management directif exclusivement (non négociable) organisationnel et relationnel, basé sur les tâches
- A- = C- * M+ => Management par conviction (non négociable) organisationnel et relationnel, basé sur les actions.
- A+ = C+ * M^{condition} => Management participatif (négociable) peu relationnel (quantitativement), basé sur des plans d'actions.
- A++ = C+ * M+ => Réponse institutionnelle, management déléгатif, basé sur des missions.

Au total: dans une équipe constituée, le cadre ne passe pas le même temps et n'applique pas les mêmes règles avec tout le monde.

Il existe des signes extérieurs de diagnostic: plainte des équipes de la non présence du cadre.

L'autonomie est la capacité de chacun à traiter les problèmes à son niveau => connaître son niveau (fiche de poste...) et avoir des marges d'action (savoir faire faire et savoir dire non = clefs du management. Attention si toujours oui ou toujours non => problème de crédibilité)

5. Prise en compte des contraintes

Revendication pour prise en compte des contraintes.

6. Répartition nouvelle des pouvoirs

A l'intérieur même des structures et modification des relations de travail et des styles de commandement. Chef de service nommé par le ministre et affecté par le directeur. Les autres médecins sont nommés par le responsable de pôle.

De plus, difficultés à l'hôpital liées aux différentes filières.

Il existe un cloisonnement horizontal hiérarchique par strates. A l'intérieur de chaque strate => cloisonnement par filière (administrative, médicale, soignante, médicotechnique, sociale...). A l'intérieur de chaque filière => cloisonnement (chir. / Méd.) => fonctionnement corporatiste => Le corps défend plus sa situation que celle de l'institution. Dans le cadre de la conduction d'un projet, il faut passer au-delà de ça => compromis entre les intérêts de tout le monde. => obstacle majeur: multiplication des donneurs d'ordre hiérarchiques et fonctionnels => et multiplication des instances et des structures => La réforme des pôles a voulu décloisonner avec une représentation des différents corps et une même mission (assortie de déconcentration de la gestion.).

⇒ Au niveau des entreprises, dans un but de réactivité et d'anticipation, mise en place (depuis 20 ans) de plusieurs systèmes pour raccourcir les circuits d'information:

- suppression des niveaux intermédiaires (=écraser la ligne hiérarchique)
- Délégation et déconcentration de gestion (i.e. sans demander à la direction) vers des centres de responsabilité (avec une mission, un budget, un contrat, des objectifs.)
- Changement du profil de PDG: mise en place de manager à la place d'expert du métier. Mais en gardant des gens ayant une culture du métier. => passage d'une direction à un manager à une direction collégiale (= équipe de direction avec 1 manager et une équipe d'expert du métier)
- Pour casser le cloisonnement entre filières => management par le processus => niveau transversal qui traverse toute les filière : = ensemble d'actions coordonnées qui contribuent à une finalité client. => Processus clé (ex.: fonction achat) => succession d'actions contributives => = logique de démarche qualité (= logique parcours client) = A la tête, en transversal, mise en place d'un responsable processus (droit de regard et droit de régulation).

Par exemple à l'hôpital : processus urgences, accueil programmé, ambulatoire, consultation...

En fonction d'une logique "parcours patient"

Sauf qu'à l'hôpital, au lieu de supprimer des strates, on en a rajouté, et que l'hôpital est frileux // déconcentration de gestion.

7. Modification des structures

Des organisations plus ouvertes (réseaux, coopération...)

En mai 1988, mouvement infirmier => première étape de la modification, car les revendications ne sont pas salariales, mais non matérielles => donne loi juillet 91 : création des DSI, création de la CSSI, conseil de service, obligation d'élaboration d'un projet médical, et de soins

8. Crise de la représentation syndicale

Représentations corporatistes et expression des individualismes exacerbés.

- ⇒ Question de la légitimité du cadre: Le statut est un niveau hiérarchique, mais l'évolution du management fait que les équipes attendent autre chose que la démonstration du grade. question de la valeur ajoutée du cadre: le cadre ne doit plus montrer ses aptitudes techniques (super infirmier), mais avoir la capacité à faire faire, la représentation, l'autorité...
- ⇒ Question de la crédibilité: Se construit en fonction de l'environnement (syndicat, direction => primeur de l'information au cadre). Les équipes sont très attentives au discours et à l'attitude => crédibilité de cohérence.

Plus on descend dans l'échelle des responsabilités, plus le champ du temps et de l'espace se rétrécit. D'où nécessité d'une communication ciblée et d'une pédagogie de l'action: c'est le management par le sens.

Approche globale régionale: Plus de distinguo privé / public, les pôles peuvent appartenir à des réseaux. A terme: structure hors les murs

9. Représentation syndicaliste en crise

En 88: cassure entre représentation syndicale traditionnelle et les représentations corporatistes => mais pas de représentation légale.

Démarche consommatrice des agents // syndicats => affaiblissement

10. Inflation de la réglementation

Nombre de textes augmentent => spécialisation du cadre.

AU FINAL:

Pression constante sur les organisations.

Monde en état de crise permanente.

Incertitude, aléas, réversibilité, instabilité, complexité, réactivité => difficile pour le cadre de donner la bonne grille de lecture à l'équipe pour fédérer.

- ⇒ changement radical dans la logique des organisations et dans l'approche des ressources humaines
- ⇒ Organisation complexe dans un contexte contradictoire
- ⇒ Dans le management, il n'y a pas de d'idéal, mais il y a un optimal (recherche d'ambition, bonifier la situation...)
- ⇒ Le rôle du cadre est de faire grandir les hommes et de prendre la mesure de son niveau de responsabilité.

II. Historique de la gestion de ressources humaines

A. 1950-60 Administration de personne

Contexte d'après guerre

Gestion juridico administrative du contrat de travail et de l'emploi (naissance des statuts dans l'hôpital). Le contrat de travail établit une égalité entre les parties (= contrat synallagmatique) Le statut n'est pas une relation égalitaire = droits et obligations imposés par administration.

Organisation taylorienne du travail (OST): parcellisation des tâches, décisions centralisées, contrôle a priori.

Gestion du poste, de la tâche plus que de l'homme.

Planification de la production => approche quantitative

Style de management autoritaire et directif

Dans les H^x => système hiérarchique, statutaire.

Le service du personnel => embauche, paie, formation (= adaptation à l'emploi), relation avec les syndicats, peu avec la DG, service logistique d'exécution.

B. 1960-70 Gestion du personnel

Gestion prévisionnelle des effectifs et des carrières

Politique cohérente de recrutement, promotion, politique d'emploi, définition de fonction, entretiens d'appréciation annuels, formation...

Gestion du poste de travail mais prise en compte de la personne.

Apparition de technique de gestion de personnel (méthode de qualification, système d'appréciation...)

Style de management consultatif

Service du personnel = associé à la préparation des décisions par DG. Interrogations sur les conséquences des décisions économiques sur l'emploi et l'organisation du travail.

C. 1970-80 Gestion des relations humaines et sociales

Gestion de la relation humaines: prise en compte des besoins d'épanouissement et de développement au travail, et de la vie au travail.

Dimension économique du contrat de W : passage du principe d'égalité au principe d'équité (salaire différent en fonction de la productivité)

Management par Ecole des Relations Humaines

Prise d'initiative et reconnaissance de l'homme au travail (cf. pyramide de Maslow: Besoins primaires => W => Sécurité => Appartenance => estime de soi.)

1982: conseil de service

Passage d'une obligation de moyens à une obligation de résultats

Recherche d'estime de soi: Besoins primaires => W => Sécurité => Appartenance => estime de soi.

Organisation collective du W (Groupe autonome de travail, GOB...)

Recherche d'autonomie professionnelle individuelle et collective

Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Style de management participatif (cercles de qualité).

D. 1980-90 La gestion des ressources humaines

⇒ Développement de la notion de métier et de professionnalisme
Gestion => notion économique => ressource = capital humain => notion d'efficacité

Métier = contenu de savoir-faire versus professionnalisme => savoir-faire au sens...:

- Technique
- comportemental (posture, état d'esprit)
- relationnel
- => triple dimension du professionnalisme et des compétences (ne pas s'arrêter aux seuls gestes techniques)

Fixer des objectifs et évaluer les résultats en regard de cette triple dimension: le métier ne suffit pas, il faut rajouter la notion de fonction ou de poste.

Selon les métiers, il existe des différences:

- infirmière: Technique ++, relation ++, comportement ++
- Aide soignante: Technique +, relation ++, comportement ++
- Hôtesse d'accueil: Technique -, relation et comportement ++

Évaluation professionnelle en tenant compte de ces différences. Ce n'est pas un jugement de valeur sur la personne, mais une appréciation sur les pratiques liées au professionnalisme. La démarche qualité décrit des attitudes de bonnes pratiques => référentiel.

Cela définit les fiches de poste. Être professionnel, c'est répondre à des critères.

=> A l'hôpital, arrivée tardive de ces notions car longtemps gérer par un statut => grille salariale, recrutement sur titre ou sur concours, évolution de parcours. Pour IDE par exemple, grade reconnu au sens de métier donc recrutement sur titre.

Il a fallu définir des contenus pour les métiers: Ex.: cadre de santé, pas de contenu défini => donc dépend de l'hôpital on l'on travaille => même indice, même grade, même rémunération, mais grande disparité des fonctions suivant l'hôpital (ou le service).

D'où, définition de fiche de poste, fiche de fonction, fiche de compétence => Récupération des outils développés par les E^{ses}, mais pas de correspondance avec les statuts officiels (Ex.: fin 80 arrivée des ingénieurs biomédicaux, mais pas de possibilités de recrutement sur titre ou par concours => intégration dans la nomenclature hospitalière des emplois).

Début 2000 création du référentiel des métiers par le ministère => mais, pas opposable juridiquement. Inspiré du ROME (Répertoire Officiel des Métiers et des Emplois) de l'ONISEP.

Cela pose la question du régime de responsabilité des cadres: nul ne peut refuser un ordre ou un travail même si il n'entre pas dans son champ de compétence. La seule limite est le médical. => Nécessité de prendre en compte le principe de continuité du service public.

Le contrat est un droit synallagmatique (= égal). Le statut est un droit inégal (Droits et Obligations) => Rien n'est négociable.

⇒ Gestion des compétences et des qualifications: Au delà d'un poste et d'une fonction => W sur le contenu d'un poste et sur la capacité (fiche de poste = vous devez faire / Fiche de compétence = Vous saurez faire). Déclinés selon 3 attentes:

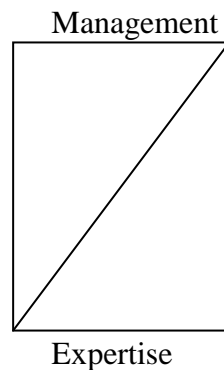
- Savoir
- Savoir faire
- Savoir Être
- Et savoir faire faire (pour le cadre)

Cf. LE BOTERF // compétences

Cela s'apprécie dans un contexte environnemental. La fiche de fonction contextualise les attentes.

La qualité d'une équipe se définit par rapport au plus faible (au moins compétent) et non pas // au plus fort.

Dans le contexte des pôles => dans l'absolu, le cadre de proximité doit avoir une expertise car la partie managériale est prise en charge par le cadre supérieur de pôle (cf. schéma management/expertise):



Plus on monte en terme de management, plus on perd en expertise.

Le cadre doit coupler des compétences de management et des compétences de qualifications, d'expertises. D'où la concurrence entre DSI et DRH => pas dans le même champ d'action => approche managériale ou approche du soin => gestion risque et qualité et projet de soin.

⇒ Formation vise le compromis entre les besoins de l'E^{se} et le développement de la personne (juillet 72 => formation obligatoire)

Le droit à la formation était considéré comme une récompense... Puis devenu un levier pour les DRH => accompagnement du développement des compétences. Part de la formation plus importante si activité de pointe (hight Tech,...) car nécessité d'attirer des compétences et de les fidéliser. Dans les H^x, => obligation de 1% de la masse salariale => trouver compromis entre formation pour bonification individuelle et apport pour la structure (notion de retour sur investissement de la formation => nécessité de négocier avant les attentes des directions et celles des personnes concernant les missions au retour.)

⇒ Gestion du poste, de la personne et de l'équipe : recherche d'autonomie individuelle et collective

On commence à adapter le poste à la personne et à rechercher l'autonomie professionnelle => chaque personne doit atteindre une capacité à traiter les problèmes de son niveau.

Management par les compétences => maîtrise des niveaux de compétence => adaptation des compétences. Aux USA, naissance du management situationnel. A travers les niveaux de professionnalisation, on recherche l'autonomie des équipes. => Si l'équipe n'est pas autonome => contraintes supplémentaires pour le cadre et au final:

- situation de substitution (faire à la place)
- situation de compensation (récupérer les situations)
- Cela diminue la valeur ajoutée du cadre car chronophage +++ => si plus de valeur ajoutée, à quoi sert le cadre ? car pas de savoir faire faire => où est l'anticipation, la coordination (= temps d'avance par rapport à l'équipe) => pose un problème de légitimité et de crédibilité (souvent assise sur l'aspect technique seulement). Une équipe autonome se construit sur la durée et sur un contenu.
- Cela conditionne le management:
 - Equipe autonome: management participatif ou délégué.
 - Equipe moins autonome: management directif ou bilatéral.

⇒ Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences => minimisation du risque social.

Le recrutement est la recherche du moindre écart entre les attentes et les capacités.
Abandon de la notion de carrière

⇒ Organisation de la communication interne: Les personnes ne peuvent plus être commandées, elles veulent comprendre pour être convaincues => processus de négociation et de conviction => expression du sens des décisions => qui dit communication dit appropriation en passant par une phase de compréhension (Communication=> compréhension=> appropriation=> adhésion=> démultiplication)
L'élément à minima à viser est l'appropriation.

La phase de diagnostic est très importante pour l'appropriation et l'adhésion => "Avant d'expliquer comment, il faut expliquer pourquoi" (NIETZSCHE)

Autonomie ne veut pas dire indépendance, mais interdépendance de chaque personne autonome.

Deux types d'approche par rapport à la formation:

- ⇒ individuelle (PPP = Projet Professionnel Personnalisé) Chacun a un portefeuille de formation qu'il utilise et bonifie (=> valorisé par la VAE). Part d'un bilan de compétence puis établissement d'un projet de formation (objectif, étapes...) Double investissement: E^{sc} // personne et investissement personnel (acceptation des formations et des affectations) => contrat entre personnel et E^{sc}
- ⇒ Actions de formation collective => obligatoires ou non.

L'organisation doit être apprenante, structurante => l'organisation permet l'émergence de compétences en fixant des objectifs (objectifs propres et objectifs contributifs)

E. 1990-.... Le management stratégique de Ressources Humaines.

La polyvalence doit se faire selon des règles bien affichées en termes de territoires (pôles, services...) et de champs d'intervention => notion d'affectation (parcours "initiatique" + règles du jeu + mesures d'accompagnement de la mobilité)

L'organisation doit être structurante pour donner des repères => recontextualiser la situation à chaque changement.

Notion d'action pédagogique ou de pédagogie de l'action.

- ⇒ Nécessité de concilier les besoins économiques et les aspirations des hommes qui y travaillent: 70% du budget = personnel
- ⇒ Le personnel est un élément déterminant du développement de l'E^{sc}, c'est une source de plus en plus importante de productivité => à la condition d'avoir la motivation. Développement de la gestion des potentiels => une ressource humaine est un capital travail et un capital économique => détection des jeunes "pousses" => parcours de carrière particulier...
- ⇒ La motivation et l'efficacité du personnel sont dépendants du management => le cadre doit apporter des éléments de favorisation et de motivation (réunions, communication, groupes...). Le coaching est un mode de management d'équipe et individuel qui permet d'entretenir cette motivation et cette efficacité (chaque personne est évaluée par rapport à elle-même).
- ⇒ Gestion prévisionnelle et préventive de emplois et des compétences par catégorie de métier (= gestion des risques). La gestion des ressources humaines porte la notion d'entretien des compétences.
- ⇒ La formation vise l'adaptation immédiate à l'emploi et le développement individuel à terme.
- ⇒ Recherche d'une performance individuelle et d'une efficacité collective. la notion de performance est relative = mesure de l'écart entre résultat et objectif => si pas d'objectifs, pas d'évaluation (d'où objectif en terme de technicité, relationnel et comportemental.) => Viser une amélioration=> Plan d'action +/- formation.
Donc l'entretien d'évaluation doit être factuel => évaluation de pratique et clarification des attentes // personne. L'objectif doit être mesurable, quantifiable, observable.
Le management ne prône pas l'égalité, mais l'équité (ex.: Arrêts de travail => 10 jours d'arrêts sur 15 ans ou 10 jours par an = même tarif, même prime)

La notation est un acte administratif statutaire. C'est différent de l'évaluation qui est un acte managérial. Mais problème de l'évaluation et de la notation: pas de corrélation possible car pas d'uniformité au niveau national ou régional

- ⇒ Style de management participatif opérationnel avec déconcentration mais centralisation des décisions stratégiques (ARH).
- ⇒ Logique de projet collectif d'E^{sc} et individuel.
- ⇒ Culture d'évaluation et de qualité.

AU FINAL:

Fonction Personnel associant étroitement les problèmes humains aux autres problèmes de l'E^{se}.

Association de spécialistes de personnel à l'action de la hiérarchie.

Problème de personnel s'étendent aux problèmes d'organisation et de conditions de travail.

Fonctionnement de plus en plus en réseaux entre E^{se} (à l'H^{al} => réseau entre services de soins et logistiques, laboratoires...)

Le développement de l'E^{se} se fait par le développement des hommes, et inversement.

La fonction Ressource Humaine est passée de la gestion des personnels au management des personnes.

III. Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences.

Années 80-90 => ère des golden boys => rachat d'E^{se}, OPA, fusion, acquisition... => constitution des grands groupes passage d'une logique industrielle à une logique financière => licenciements + + +.

Puis retour de l'éthique d'E^{se} et recentrage sur une notion de métier.

Les E^{ses} ont commencé à prévenir les risques sociaux.

A. Adapter, Anticiper les ressources.

Nécessaire car:

- ⇒ Environnement change
- ⇒ Réglementation change
- ⇒ Pression budgétaire de plus en plus importante.
- ⇒ Technologie évolue.
- ⇒ Métiers et contenus se modifient
- ⇒ Besoins et aspirations sociales et humaines évoluent
- ⇒ Engagement contractualisé de plus en plus.

Si pas d'anticipation => Stagnation voire régression.

Il n'y a pas d'équipe stable ni de compétence idéale => il faut l'entretenir sinon obsolescence.

Mais il y a des équipes, des compétences adaptées aux besoins du moment et potentiellement évolutive;

L'H^{al} n'a pas su bien anticiper car il se croyait protégé par ses statuts. Mais, depuis 96 (loi Juppé) apparition de la concurrence dans le soin => l'ARH regarde si l'offre existe => le privé a pris les créneaux qui rapportent et a attiré et fidélisé les compétences.

Si le public ne se réorganise pas => risque à terme d'une médecine à deux vitesses.

Les leviers de la concurrence jouent sur la compétence.

Dans le management on ne connaît pas de situations idéales, mais seulement des situations optimales.

B. Les défis des managers

Satisfaire les besoins immédiats mais aussi futurs

Permettre aux Hommes de se développer et de développer leurs compétences pour leur service propre et au service de l'organisation.

Minimiser les risques dans les choix et par l'anticipation individuelle et collective.

=> Construire demain avec les Hommes d'aujourd'hui.

C. Notion de « prévisionnelle »

Dimension prospective dans la gestion des Ressources Humaines sur une durée de 3 à 5 ans et faire des choix.

Répondre aux questions de façon quantitative et qualitative:

- ⇒ Pyramides des âges => gestion des recrutements et des départs à la retraite.
- ⇒ Connaître les départs à la retraite par catégorie professionnelle.
- ⇒ De quelles catégories aurai-je besoin?
- ⇒ Combien et quel profil recruter (promotion interne ou recrutement externe)
- ⇒ Comment agir sur la masse salariale et coûts de personnel. GVT = Glissement Vieillesse Technique => plus la pyramide des âges est âgée, plus cela augmente la masse salariale et l'expérience => il faut un équilibre entre les jeunes et les vieux.

D. Notion de « préventive »

1. Dimension risque / sécurité

A partir des années 80-90 dans les entreprises => risque sociaux

a) Approche individuelle

Adaptation de la compétence individuelle aux nécessités de l'emploi. C'est la notion d'**employabilité**. Chaque personne doit trouver sa place à chaque étape :

- Recrutement : risque pour l'individu. non adaptation (surdimensionné ou sous dimensionné) => recherche de l'adéquation entre besoin et capacité. La capacité doit s'adapter au contexte (ex : IDE de BO ou en maison de retraite). Tous les postes doivent être analysés tous les ans.
- Adaptation permanente de la personne à l'emploi en fonction de l'évolution du contexte. L'emploi évolue ou bien la personne n'est plus adaptée elle-même. Recherche de l'ajustement : formation de la personne ou poste aménagé. La personne est toujours étalonnée par rapport à elle-même = **logique d'équité managériale**. Il doit y avoir des passerelles entre les emplois => emplois regroupés en familles (ex. : soignants) et en sous-familles (IDE, spé. AS...). D'un point de vue managérial, on exclue les problèmes pathologiques. Gestion des « bras cassés » => procédure de la « chaise musicale » => pour une gestion optimale => dynamique de ressources humaines = comprendre la problématique => mission du cadre de

proximité (entretien d'évaluation) => écoute de la personne
=> la personne est quelqu'un de responsable => La
confronter à la problématique et regarder ensemble pour être
d'accord sur le diagnostic => comment faire ensemble pour
évoluer => pointer des objectifs de façon consensuelle =>
axes de progrès et dispositifs d'accompagnement (formation,
évolution des comportements...). Si dégradation =>
dispositifs exceptionnel = politique institutionnelle et
pluridisciplinaire (cadre, DRH, Assistante sociale, médecine
du travail) pour trouver le meilleur poste à la personne.

1^{ière} règle = on ne peut bien manager que des équipes à échelle humaine (entre 30 et 50
personne max.)

2^{ième} règle = connaissance des personnels (objective)

b) Collectivement

Articulation de l'ensemble des fonctions pour rendre efficace l'équipe (la solidité d'une chaîne ne vaut que par la solidité de son maillon le plus faible). Risque par la quantité et par la qualité (problème des nuits dans certains services : intérim + absence d'encadrement) => Arrêt Trousseau : coresponsabilité de la chaîne de décision assortie de la loi Badinter (c'est à l'hôpital de prouver la non faute). Il faut détecter le maillon le plus faible et effectuer une remise à niveau de façon individuelle et/ou collective.

2. Dimension de risque / métier

a) Lié aux métiers sensibles

Métiers qui risquent d'évoluer ou dont le contenu va se modifier => que deviennent ces métiers ? Risque de disparition liée à un modification de pratiques, nouvelles technologies... => anticiper le reconversion

b) Lié aux métiers constants

Peu d'évolution mais aménagements liés à des changements d'organisation ou au management (ex. : réaménagement d'un BO impacte les IBODE).

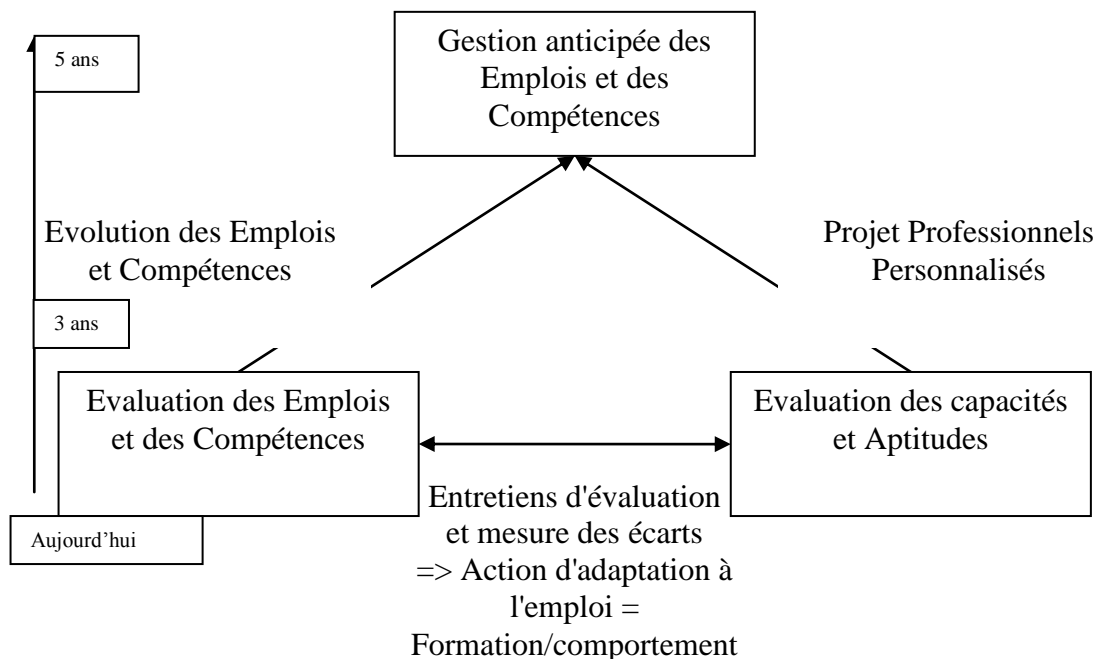
c) Lié aux métiers du futur

N'existent pas encore ou faiblement => adaptation forte par anticipation (reconversion ou recherche de compétences extérieures. Ex. : qualicien, logisticien, ingénieurs biomédicaux...)

La GPPEC nécessite un projet, un management, et de l'évaluation :

- Projet : d'établissement, social, de soins.
- Management : implication de la direction, des cadres médicaux et non médicaux avec des outils, règles, politiques (recrutement, promotion, mobilité...)
- Evaluation : but recherché = autonomie (capacité à traiter les problèmes relevant de son niveau. Au niveau collectif : capacité d'une équipe à s'autoréguler. Si l'autonomie augmente => baisse de la présence quantitative du cadre.
- Autonomie => responsabilité => évaluation => conséquences.

E. Triangle d'or de la GPPEC



Gestion dans le temps des emplois et des compétences :

- 1^{er} pré-requis aujourd'hui : connaissance des besoins en emplois et en compétences => évaluation des emplois et des compétences déclinée dans chaque structure en qualitatif (compétences) et en quantitatif (emploi => coût standard « chargé » des emplois) Ex : IDE = X €/an => pèsent sur la logique T2A (car masse salariale = 70% du budget) A un instant t => est-ce que le tableau des emplois et des compétences correspond aux besoins. Compétences = est-ce que les compétences sont en adéquation avec les besoins (référentiel de compétences)
- 2^{ième} pré-requis aujourd'hui : connaissance des capacités et aptitudes. Au niveau quantitatif = effectifs en ETP. Si excède le budget => déficit structurel. Au niveau qualitatif => aptitudes (cela explique les politiques de requalification de postes.)
- A partir de ces deux pré-requis => mesure de l'écart entre besoins et moyens par entretiens d'évaluation, bilans de compétences, VAE => Mise en place d'actions d'adaptation à l'emploi = Formation / comportement
- Puis, évaluer le projet d'établissement d'ici à 5 ans (idem pour projet de pôle...). Projet médical => Projet de soins. Le projet médical est le projet structurant d'un hôpital. Le projet de soins est élaboré en regard du projet médical et assorti de sa dynamique propre de soins. Enfin, le projet social découle des 2 premiers. => L'évaluation des emplois et des compétences est impactée par ces trois projets.
- Face à cela, évaluation des projets professionnels personnalisés.
- Le tout commande la gestion des RH : C'est la gestion anticipée des emplois et des compétences.

IV. Nouvelle gouvernance et RH

A. Le projet social

Il est à la base de la GRH

C'est une déclinaison du projet d'établissement (avec le projet médical et le projet de soins.)

C'est un des volet du CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) fixé par l'ARH.

Circulaire Aubry de mars 2002 => il doit être négocié avec les partenaires sociaux (sans obligation d'accord).

Il doit :

- S'inscrire dans le projet d'établissement
- Accompagner le PM et le PDS
- Mettre à plat et formaliser ce qui se fait déjà
- Mettre en perspective et anticiper les évènements
- Améliorer et innover dans certains champs
- Faire participer les personnels, les partenaires sociaux et l'encadrement.

Son rôle :

- Fixer les orientations RH (recrutements, mobilité...)
- Fixer les orientations en fonctions des PM et PDS
- Décliner les orientations en politique
- Décliner les politiques en plans d'actions prioritaires => les politiques et actions sont mises en forme et présentées aux instances consultatives (CTE, CHSCT, CME) et portées à la connaissance du personnel. Puis, passage devant CA et CE.
- Le projet social permet à la DRH de se structurer et s'organiser en cohérence (soit centralisation, soit déconcentration en pôle)

Son contenu :

- GPPEC :
 - Analyse quantitative et des emplois et des effectifs
 - Analyse qualitative des compétences et des qualifications
 - Mises en perspective des évolutions
 - Définition du plan d'accompagnement
 - Définitions des outils et méthodes (fiches de poste, de fonctions, plan de formation...)
- Organisation du travail et management des RH :
 - Etat des lieux de l'organisation du W (temps de travail, remplacements, permanences des soins...)
 - Analyse des charges de travail, de la gestion du temps et des marges de manœuvre.
 - Anticiper le management et les nouvelles organisations
- Amélioration des conditions de W et de la vie au W :
 - Ergonomie, accueil, crèches, transport...
 - Hygiène, sécurité et santé au travail
 - Perspectives des évolutions nécessaires

- Communication et information sociale
 - Relation de W, dialogue social
 - Modes d'expression et de participation des personnels (conseils de service, de pôle...)
 - Support et canaux d'infos et communication (journal, livret d'accueil...)

B. Nouvelle gouvernance

Ses objectifs :

- Modifier l'organisation interne de l'hôpital (déficit structurel, économie d'échelle...) Assurer la continuité, la sécurité des soins... Plus facile et plus économique dans un pôle de 200 lits que dans 10 services de 20 lits.
- Lutter contre les cloisonnements
- Responsabiliser les acteurs
- Repenser l'organisation autour du patient (réflexion sur les processus de PEC et circuit patient...)
- Maîtriser les dépenses
- Optimiser les ressources

Ses enjeux :

- Economique et budgétaire, d'accès aux innovations (recherche...), aux investissements (Ex. : PPP = Participation Public/Privé => l'H^{al} loue ses murs avec un bail emphytéotique)
- Prise en charge pluridisciplinaire des patients (continuité et sécurité des soins...)
- Optimisation des ressources
- Flexibilité des organisations
- Implication du corps médical au processus de décision (=> Conseil Exécutif)

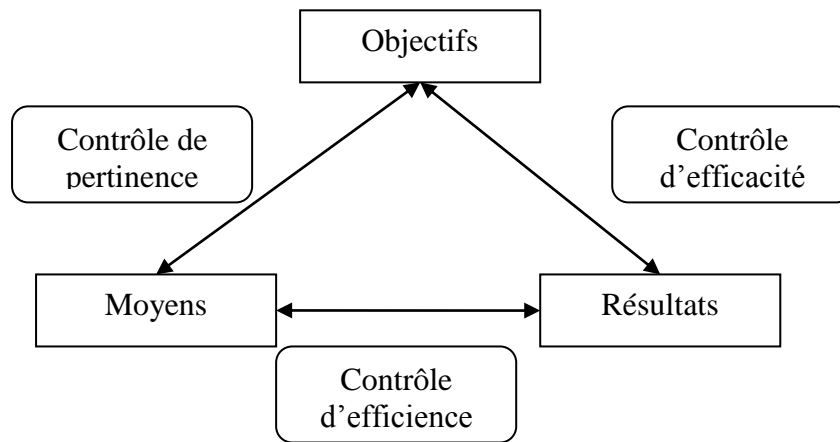
Organisation des organes de l'H^{al} :

- Organe délibératif : CA
- Organes consultatifs : CTE, CME, CHSCT, CSSIRMT
- Organes opérationnels : Direction + Conseil Exécutif + pôles. Dans le CE, représentation paritaire des médecins et des membres de la direction (le DG et le président CME sont les membres de droits). => pilotage du dispositif au travers des contrats de pôles. Les services ne sont plus l'unité élémentaire de l'H^{al} => pôle (les chefs de service ne sont plus nommés par le ministre mais par le directeur).
- Le CA et le directeur sont les deux représentants légaux. Le CA a des compétences d'attribution (sur 14 points en tout et pour tout), le directeur a une compétence générale (sur tout le reste) => la délégation de gestion est laissée à son bon vouloir.

C. La gestion déconcentrée

Mise en place de la contractualisation interne obligatoire, mais délégation est laissée à discrétion du directeur.

Contrat entre responsable de pôle et directeur et président de la CME => objectifs financiers, objectifs qualité, moyens et indicateurs de suivi, modalités d'intéressements et conséquences en cas d'inexécution du contrat => évaluation annuelle // critères fixés par le CA.



C'est le contrôle de gestion

Un pôle = un projet, un contrat => des objectifs (=> évaluation), + des moyens (= financement par la T2A) => implication du conseil de pôle dans le projet. Le contrat cible certains objectifs du projet.

Projet non médical délégation possible sur :

- Organiser le W du personnel non médical
- Plan de formation et développement des compétences
- Actions de formation
- Gestion du tableau des emplois => en fonction des transformations d'emploi
- Enveloppe de remplacements (mensualités, intérim, heures supplémentaires...)
- Plan de recrutement du pôle
- Recruter, affecter, et répartir le personnel
- Journées d'étude
- Evaluation, titularisation, notation
- Prime de service
- Sanction disciplinaire

Personnel médical :

- Sélection du personnel médical
- Coordonner l'équipe médicale
- Le responsable de pôle exerce une autorité fonctionnelle sur tout le personnel du pôle.