

Le 21 avril 2011

## LES ENJEUX RH DES MOIS À VENIR

La DRH a pour mission de mettre en œuvre les orientations RH retenues dans le cadre du Plan Stratégique 2010-2014.

Ces orientations se déclinent ainsi :

### Organisation de la filière RH

Chaque GH est doté d'un DRH et d'un DRH adjoint. Ils sont sous l'autorité hiérarchique du directeur de GH mais la DRH AP-HP est chargée d'animer la filière métier.

La mise en place du SIRH, avec les importantes potentialités dont il est porteur, la constitution des groupes hospitaliers, ont conduit à accélérer la réflexion sur le rôle et l'organisation de la filière RH, pour qu'elle soit en mesure de contribuer à la modernisation de l'institution en accompagnant les changements et en répondant aux enjeux managériaux et sociaux. Cette réflexion nourrie par la comparaison avec des grandes entreprises publiques et privées nous conduit à vouloir construire une filière RH comportant une DRH centrale resserrée sur les activités stratégiques, pilote des processus, en charge de la définition des politiques, un centre de compétence métier « gestion des carrières GA/paye » assurant pour l'ensemble de la fonction (centrale et groupes) une fonction d'appui et d'expertise, des services mutualisés qui améliorent la performance et la qualité des services rendus, des DRH de groupes repositionnés sur la gestion non administrative des ressources humaines (conduite du changement, dialogue social, conditions de travail, développement des compétences...).

Il faut noter que la DRH gère les personnels non médicaux seulement. Certaines évolutions de la GRH peuvent concerner, sur certains volets, la gestion du personnel médical assurée par la DPM.

Pour les mois à venir :

- poursuivre les travaux sur définition de rôle, mission type de chaque domaine d'un DRH de GH
- futurs travaux de professionnalisation avec l'ARS dans le cadre d'un appel à projet FMESPP
- définir un dimensionnement cible en emploi -compétence par grand domaine de la GRH

Enjeux :

- poursuivre la réflexion sur le partage des responsabilités siège /GH et mettre en œuvre les décisions prises
- construire un mode de management propre à assurer l'alignement stratégique des DRH de GH sur la politique RH de l'AP-HP
- construire un socle minimum commun de standards (organisation, dimensionnement, méthodes) pour toutes les directions des ressources humaines de GH
- définir et mettre en œuvre l'organisation et le dimensionnement cible de la DRH centrale
- mettre en œuvre la professionnalisation de la filière avec une cible emploi-compétence et les objectifs d'efficience.

### Maîtrise du Système d'Information RH

Le CCDG est confronté à deux types de problèmes :

- maîtrise des processus opérationnels (outils et méthodes insuffisamment rodés, organisation non stabilisée) nécessaires au maintien en conditions opérationnelles (MCO) des applications déployées, alors même que des queues de programmes sont encore à assurer ;
- maîtrise des coûts (notamment en assistance technique) nécessitant de revoir les règles d'emploi des ressources et de trancher sur des doublons de missions (par ex : avec la DRH et l'ATT) dans un contexte de recherche d'efficience.



Le management de CCDG n'a pu suffisamment anticiper ces difficultés classiques de démarrage des PGI. Il s'est principalement mobilisé sur le déploiement de SAP au détriment de la stabilisation de l'exploitation de HRA, pourtant démarré depuis 28 mois.

Le symptôme en est le retard accumulé sur la maintenance corrective et applicative (24 cahiers des charges, plusieurs centaines anomalies à traiter...) et les incidents récurrents d'exploitation rencontrés au moment des cycles de paie.

Le manque de transfert des compétences clés détenues par l'intégrateur et l'assistance technique vers les équipes internes pénalise le CCDG dans sa capacité à maîtriser le pilotage des coûts et des résultats de prestations largement externalisées. La dégradation de la qualité du service et des délais tend à devenir la variable d'ajustement.

Face à cette situation, la DRH, MOA du SIRH en lien avec la DPM pour la gestion du personnel médical, a transmis au CCDG une note d'orientation, structurée sur sept axes :

- Améliorer la fiabilité des données sources pour pouvoir déployer le projet décisionnel et sécuriser les processus de gestion des ressources humaines ;
- Une mise en production plus réactive et plus sécurisée des maintenances prioritaires (notamment réglementaires) ;
- Améliorer le dispositif d'assistance aux utilisateurs, de tutorat et de formation ;
- Maîtriser les risques en matière de maintien en condition opérationnelle, de gestion des accès et de conservation des données ;
- Acheter les déploiements des modules fonctionnels prévus dans le projet NSIRH ;
- Instruire les besoins nouveaux induits par le projet RH et la réorganisation de la filière RH ;
- Améliorer la coordination opérationnelle entre la DRH et le CCDG.

Enjeux des prochains mois :

- normaliser les modes de coopération entre MOA (DRH) et MOE (CCDG) ;
- réduire la vulnérabilité en matière de gestion administrative et de paie en concentrant les ressources sur les points les plus critiques ;
- réajuster et mettre en place les organisations et modes de pilotage des processus de MCO applicative en cohérence avec les contraintes de ressources et de résultats.

Maîtrise du Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés (TPER) de l'AP-HP

Exécution budgétaire 2010

L'objectif de maîtrise de la masse salariale est tenu en 2010. En diminution de 859 effectifs temps plein rémunérés (ETPR) non médicaux par rapport à 2009 le TPER du CRPP est maîtrisé. On constate, pour l'exercice 2010, un respect global du TPER d'emplois permanents les groupes hospitaliers. Seuls deux groupes hospitaliers sont au-delà de leur cible :

- le GH Bicêtre (+143,2 ETP) et pour lequel il convient de tenir compte du volet maternité (100 emplois non attribués mais activité réalisée) et un problème d'affectation de CDD sur emplois P ;
- le GH Cochin (+ 10 ETPR, soit +0,2 %) dont le dépassement est minime et dont on connaît le contexte particulier de restructuration en 2010.

Les effectifs de remplacement (environ 4% des effectifs) sont en revanche en hausse par rapport à 2009 (6 %), mais restent dans la cible, et une tension apparaît également sur les dépenses d'intérim et d'heures supplémentaires.

		2009	2010	Ecart 2009/2010
Permanent	Cible	67 952	67 093	-859
	Réalisé	68 125	67 022	-1 103
Remplacement	Cible	2 998	3 018	20
	Réalisé	2 699	2 998	299

		-299	-20	
HS	Cible	22 593 943	25 008 905	2 414 962
	Réalisé	27 850 276	30 276 545	2 426 270
		5 256 333	5 267 640	
Intérim	Cible	19 811 800	22 158 445	2 346 645
	Réalisé	18 994 983	22 852 775	3 857 814
		-816 837	694 331	

#### Plan pluriannuel de financement

Les efforts d'efficience à mettre en œuvre sur les dépenses du titre 1 (PM+PNM) pour permettre le retour à l'équilibre financier de l'Institution en 2012 ont été estimés par la DEF à 55 M€ en 2011 et 2012, puis 35 M€ en 2013 et 2014 pour maintenir la situation. Traduits en effectifs temps plein rémunérés, ces objectifs représentent environ 3500 suppressions d'ETP (PNM), dont -1070 en 2011 ; -1070 en 2012 ; -436 en 2013 et -652 en 2014. Cette évolution de l'emploi sera favorisée par un turn over élevé (en moyenne de 11%, mais qui est bien entendu hétérogène selon les métiers). Elle nécessitera néanmoins une diminution des effectifs de personnel soignant, celle-ci résultant de la mise en œuvre des projets de réorganisation médicale affichés dans le plan stratégique.

#### Exercice 2011

Pour 2011, à l'issue des conférences stratégiques, l'effort proposé par les GH se situe en moyenne à 69 % des attentes de la cible pré- établie par la DEF (fixée au regard de la répartition des dépenses dans le PGFP, 61 243 753). Il porte à 94 % sur les emplois permanents, (969 ETPR pour 44,4 M d'euros). Une part marginale des efforts porte sur les emplois de remplacement (78 ETPR) et, plus marginalement encore, sur des dépenses d'intérim et d'heures supplémentaires.

Si l'on considère à part les deux sites Necker et Robert Debré eu égard à la spécificité de leurs situation financière et la taille pour RDB, les propositions d'efficience des groupes hospitaliers s'élèvent à 95 ETPR en moyenne et à 105 ETPR en médiane, présentant un taux d'effort moyen de 3,8 % de leur TPER 2010 (compris selon le cas dans une fourchette de 1,2 à 2,9 %).

Il apparaît, même si les plans d'efficience ne nous sont toujours pas connus dans leur détail que l'essentiel des efforts faits porte sur les fonctions support (administratives, logistiques, techniques) et n'affectent les personnels dits « soignants » que très marginalement.

Dans le même temps, ont été actés un certain nombre d'ajustements de TPER qui tiennent compte de recettes affectées, de développements, reprises d'activités ou d'engagements antérieurs : ils s'élèvent à 221 ETP pour 8 groupes hospitaliers, dont l'accord pour 100 ETP pour Bicêtre en régularisation des moyens prévus pour le fonctionnement de la maternité à pleine capacité ;

Quelques mesures devant être instruites ou soumises à des conditions de développement d'activité font l'objet d'une clause de rendez vous : projet obésité à Amboise Paré, HDJ AJA à Saint Louis, etc.

Le solde pour les GH des suppressions/ créations d'emploi est donc négatif de 748 ETPR. Pour ce qui concerne les services centraux et généraux, l'effort d'efficience est fixé à 155 ETPR.

Les premiers mois d'exécution de l'exercice 2011 sont encourageants pour ce qui concerne le respect des TPER de GH.

#### La gestion des personnels

Les chantiers sont nombreux et variés et liés à l'actualité législative et réglementaire.

Le DGP met en œuvre l'ensemble des reclassements en cours et à venir. Il prépare la réforme annoncée de la gestion des contractuels.

Sujet d'enjeu : le traitement des ARE.

En GA et en paie, le DGP est propriétaire de nombreux procès RH. Il est particulièrement attentif aux évolutions organisationnelles et fonctionnelles du SIRH, enjeu majeur pour le département.

Les priorités :

- mise à jour du retard dans les mises en production des évolutions demandées et des actions de correction
- terminer le chantier de fiabilisation des données reprises de l'ancien SIRH et
- contrôler la qualité des données saisies depuis le déploiement en janvier 2009. Le DGP demande que l'outil dispose de plus de points de contrôle à la saisie. Nous sommes en attente de la réouverture de chantiers structurants en GA et paie concernant les éditions et les requêtes, réglementaires ou à la demande ainsi que de la question de l'archivage dématérialisé et papier, qui n'est plus structuré depuis 2009.

De façon transversale, la sécurisation du dispositif est un enjeu pour les utilisateurs en particulier la notion de signature électronique, sous peine de voir le processus guidé de décisions définitivement condamné.

En paie, un point d'attention sur le déclaratif social qui est dysfonctionnel : DADSU 2009 peu fiable, DADSU 2010 déposée et de meilleure qualité mais aucune édition ou requête à ce jour, il faut se connecter à dasnet pour regarder les infos de l'AP | Chantier DUCS en cours avec le CCDG: AP-HP établissement non déclarant depuis plusieurs mois.

En GA, retard sur les reclassements du fait de la non disponibilité d'un environnement de tests au CCDG. Les traitements automatisés (montées d'échelons, titularisations et CAP) ne sont pas stabilisés. A venir, le déploiement du module AT-MP dans HRA.

En sujet transversal, la priorité absolue est la définition des responsabilités entre la DRH et le CCDG et la remise à plat du modèle organisationnel.

Enfin, le DGP participe activement à la FHF (commission permanente du PNM) et à la commission des statuts du conseil sup de la FPH, au conseil sup de la FPH ainsi qu'à la commission des recours du conseil sup.

#### Mise en œuvre des principaux textes réformant la FPH

- Réforme LMD des études infirmières (reconnaissance niveau licence)
- Décret AP-HP suite à la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) et règlement intérieur (touchant notamment l'organisation des instances locales)
- Encadrement : mise en œuvre des différents rapports nationaux
- Rénovation du dialogue social (loi du 5 juillet 2010)
- Décret logement : nouveau régime des concessions (500 remises en cause à l'AP-HP)
- Prise en charge des soins au personnel / relations avec les mutuelles
- Evaluation des personnels / suppression de la notation
- Coopérations entre professionnels de santé

#### Formation initiale des personnels paramédicaux.

Le Centre de la Formation et du Développement des Compétences (CFDC) assure l'organisation et la gestion des concours paramédicaux et assimilés permettant l'admission des lauréats dans ses Instituts de formation diplômante dans le cadre des compétences dévolues au Conseil Régional par la loi de décentralisation du 13 août 2004. Il doit traiter annuellement la réception, l'instruction et l'inscription de plus de 20 000 candidatures. Le traitement de ces candidatures s'effectue pour l'essentiel par l'intermédiaire de supports matériels (envoi et réception des dossiers papiers ; transmission des chèques d'inscription à la Régie du Siège...), ce qui entraîne d'importantes manipulations de dossiers, des risques de pertes et de retards de transmissions, sources de contentieux potentiels. Il est de ce fait urgent que l'AP-HP se dote d'un système d'information permettant l'inscription et le paiement en

ligne. La gestion informatisée des concours avec inscriptions en ligne devra être par ailleurs techniquement compatible avec SAP CAMPUS MANAGEMENT, logiciel de gestion des écoles.

L'AP-HP assure également une mission générale de formation initiale des personnels paramédicaux et assimilés avec un financement du Conseil régional (41,5M€ sur 54,6M€). L'appareil de formation initiale comprend 29 instituts ou écoles de formation dont 18 IFSI, réparti sur 20 sites.

Sur le plan immobilier, il est vétuste et ne permet pas de faire face aux nouvelles exigences induites par l'intégration progressive dans le processus LMD de l'ensemble des études paramédicales, sociales et de sages-femmes. Un schéma directeur immobilier et technique de notre appareil de formation est en cours de finalisation. Il préconise la mise en place d'une organisation de type « campus » qui vise à regrouper les Instituts de formation sur 3 à 4 sites hospitaliers proches d'une université.

## 2 axes majeurs :

- Assurer de manière opérationnelle l'inscription et le paiement en ligne pour l'ensemble des concours paramédicaux et assimilés en lien avec la Trésorerie Générale et assurer l'interface avec le système d'Information de gestion des écoles.
- Mettre en place une organisation de type « campus ». Ce projet a des dimensions immobilières, financières, sociales et partenariales (Conseil Régional et universités) qui nécessitent un engagement et des arbitrages au plus haut niveau. Dans l'attente de sa mise en œuvre, il importe de réaliser les investissements minimum afin de maintenir, d'adapter et de mettre aux normes les locaux des écoles.

## Politique de formation continue du personnel non médical

A compter d'avril 2009, la DRH AP-HP a décidé de différencier la responsabilité de la définition de la politique et celle de la production de l'offre. Elle a donc décidé la séparation de l'ex Délégitation à la formation et au développement des compétences en

- d'une part un service de la politique, rattaché au département du développement professionnel, en charge de l'élaboration de cette politique.

Ce service met en place un dispositif (comité général et comités filière) permettant de définir la politique institutionnelle via des formations prioritaires (exigibles, recommandées). Certaines de ces formations étant assurées par le CFDC.

- et d'autre part le Centre de la Formation et du Développement des Compétences (CFDC) en charge de la construction et mise en œuvre des actions de formation centrales (1/3 de l'activité de formation AP-HP). Les centres de formation du CFDC assurent l'essentiel des actions de préparation aux concours et de l'ingénierie, de l'organisation et de l'évaluation des formations exigibles définies dans le cadre de la politique institutionnelle de formation continue du personnel paramédical.

Pour être pleinement efficace et répondre de manière pertinente et adaptée aux besoins repérés, le dispositif d'ensemble doit être particulièrement réactif.

Les Groupes Hospitaliers ont également leur propre budget de formation en complément du budget centralisé.

L'AP-HP n'adhère pas à l'ANFH. Elle cotise pour les cotisations obligatoires (0,2 % pour le CFP et 0,6 %, selon des modalités particulières, pour le FMEP).

## Enjeux

- Faire en sorte que les orientations des plans correspondent bien aux besoins institutionnels et veiller au respect de la réalisation des actions exigibles et recommandées par les GH
- Nécessité de réduire les délais entre d'une part la détermination des formations prioritaires exigibles et d'autre part leur mise en œuvre opérationnelle.
- Obtenir du CCDG une amélioration des fonctionnalités et ergonomie du SI formation
- Mettre en œuvre le DPC du PNM, en relation avec le PM

## Dialogue social

Jusqu'à la fin de l'année 2008 le dialogue social se déroulait selon des modalités classiques pour la Fonction Publique Hospitalière c'est à dire essentiellement dans de nombreuses réunions des instances représentatives souvent formelles mais permettant d'aboutir à des accords implicites sur certains grands dossiers (RTT, conditions de travail...).

Début 2009 les principales organisations ont changé d'attitude en refusant de participer aux réunions auxquelles nous les invitons en particulier sur la mise en place des GH. Nous avons alors décidé de faire appel aux conseils de M. Guillot, Président de Réalités du Dialogue Social, qui après une série d'entretiens avec nos responsables syndicaux nous a indiqué qu'il était possible de renouer un dialogue sur la modernisation de l'AP-HP dès lors que nous afficherions notre volonté de construire un projet appuyé sur les valeurs partagées par les personnels, que nous sortirions d'une présentation trop purement comptable des projets de restructuration et que nous pourrions nous ouvrir à des alternatives suggérées par les syndicats...

Nous avons fait à ce moment le choix d'une stratégie de dialogue social que nous avons partagée avec les directeurs de Groupes Hospitaliers lors d'un séminaire d'une journée le 11 juin 2009.

En mars 2010 nous avons mis fin à un ensemble de manifestations et séquestrations en engageant avec l'intersyndicale un processus de concertation négociation sur quelques thématiques structurantes du plan stratégique. Cette approche a permis indéniablement de progresser dans la compréhension partagée des enjeux même si parallèlement, via les CHSCT et leurs expertises, certains syndicats se saisissant de la question des risques psycho sociaux ont mis en place une stratégie de harcèlement.

La stratégie de dialogue social que nous essayons de construire se déroule sur fond de mise en œuvre de la loi de modernisation du dialogue social dans la fonction publique et de la perspective des élections professionnelles d'octobre 2011.

## CHSCT Formation

Le CFDC va être, dans les prochaines semaines, érigé en Pôle d'Intérêt Commun (PIC).

Dans cette perspective, il disposera d'un CTE Local Formation, donc d'un collège électoral particulier (environ 800 agents).

Cependant, à ce jour, il n'est pas prévu de constitution d'un CHSCT formation qui pourrait avoir un effet inflationniste sur les demandes d'expertise, DGI, droits d'alerte...

Jusqu'à présent, les CHSCT de sites ont servi de « filtres » aux revendications émanant des personnels du CFDC. Cependant, de nouvelles stratégies apparaissent et les CHSCT de sites sont sollicités sur des thématiques relevant du CFDC (sur le fond, 90% des compétences du CHSCT relèvent d'un traitement CFDC et non d'un traitement site). Si cette tendance devait se confirmer, la direction du CFDC ne serait pas en mesure de gérer une dispersion des sollicitations et de multiplier ses interventions en CHSCT de sites sur des thématiques transversales (cf. expertise sur le nouveau référentiel infirmier).

Jusqu'alors l'intersyndicale, assistée d'un expert rémunéré par l'institution, continue sur la voie ouverte en 2009 et la réunion sur le principe de l'agenda social du 16 septembre qui s'est déroulée dans un climat apaisé a confirmé cette option. Il a semblé que les organisations syndicales avaient acté les orientations du plan stratégique même si elles ont réaffirmé leurs désaccords de fond.

La réunion du 2 décembre 2011, ouverte par la Directrice Générale, a défini les thématiques ouvertes à la négociation et la méthodologie de sa conduite (reprises par la note DRH du 12-01-2011). Le premier thème abordé (réunion du 07-02) portait sur la promotion professionnelle et a reçu un avis positif de l'intersyndicale, concrétisé par un accord obtenu sur les volumes de PP. La présentation par M. Fournier des projets médicaux pour 2011 (le 02-03) a été également bien accueillie, bien qu'aucune négociation n'était ouverte.

Depuis, l'intersyndicale a semblé se désengager du plan de route convenu pour privilégier l'actualité (mouvement du 25 mars concernant le personnel administratif obligeant le report des réunions des 05 et 26 avril dédiés à l'agenda social pour négocier sur le PA, sans la CFDT). Parallèlement, une négociation est menée sur la réorganisation du Siège par le secrétariat général.

C'est pourquoi la DRH a organisée une réunion de recalage avec les secrétaires généraux des OS centrales, et leur expert (le 20-04). Celle-ci a permis de s'assurer de leur volonté de poursuivre la démarche (sans renoncer à leur prérogative en matière de préavis, obligeant à prévoir des dates supplémentaires). D'ores et déjà, la reprise des thématiques a été actée (le 13-05, la réunion abordera

la question de l'emploi contractuel et des concours) avec une priorité donnée aux conditions de travail (réunion fixée au 25-05). Par ailleurs les OS ont fait connaître le besoin de mettre en place d'autres lieux de dialogue (centralement, reprise des rencontres DG/secrétaires des Instances locales ; localement, développement du dialogue social avec les directions de GH/sites).

### Management

Le département du développement professionnel de la DRH a dans ses missions, une mission en terme de management : cette mission mérite d'être précisée au regard des attentes et de la politique de la Direction Générale.

#### Enjeu :

- mettre en œuvre la politique de management arrêtée par la Direction Générale et s'assurer de sa déclinaison dans les GH.

### Les Cadres Dirigeants

La DRH gère également, au sein d'un département spécifique, les cadres dirigeants (environ 190 personnes) qui assurent la direction des groupes hospitaliers, des services généraux, des services du siège.

Ce sont des fonctionnaires : directeurs d'hôpital (263) en exercice à l'APHP, mais aussi des directeurs de soins (76), des fonctionnaires détachés et quelques contractuels de haut niveau. Le département prend en charge également les parcours des ingénieurs et des attachés dont la gestion administrative est assurée par le département de la gestion des carrières.

Les enjeux managériaux de ces équipes sont importants car elles portent les projets de la Direction Générale sur le terrain. Elles ont fait preuve d'une forte capacité d'adaptation pour la mise en place des organigrammes de GH. Cette première étape franchie, il convient d'être vigilant sur les évolutions qui seront nécessaires (avec la mise en place des pôles intersites notamment et le développement de la délégation de gestion) et sur le positionnement de ces équipes dans une vision stratégique institutionnelle.

La même dynamique est attendue pour la réorganisation du siège, deuxième étape qui devra démontrer la capacité de l'AP-HP à faire bouger les lignes managériales.

*Un plan d'accompagnement est à mettre en œuvre pour aider les cadres dirigeants, collectivement et individuellement, à répondre à ces enjeux.*

Parallèlement, un effort d'efficience ambitieux a été annoncé, la cible pour les effectifs des directeurs étant de 200 à l'horizon 2014 (contre 300 fin 2008), 60 % du chemin reste à faire. *L'attention au traitement des situations individuelles doit rester une préoccupation permanente.*

*Les efforts demandés doivent s'accompagner d'une reconnaissance, au travers notamment d'une valorisation des parcours, d'un accroissement du nombre des emplois fonctionnels et de l'utilisation optimale des possibilités qu'offrira le nouveau régime indemnitaire (PFR), dont la mise en place constituera un chantier majeur et emblématique dans les mois qui viennent.*

### Les pôles médicaux

La loi HPST a modifié l'organisation des pôles d'activité médicale.

L'AP-HP doit conduire ce dossier, en tenant compte de la mise en place des GH et des projets du plan stratégique.

La réflexion sur le management des pôles doit se dérouler en même temps que les travaux sur les périmètres des pôles, en lien étroit avec la CME.

Le calendrier est très serré car contraint par le calendrier électoral de la CME.

Un pilotage du dispositif a été lancé par la Secrétaire Générale via un COPIL et un groupe d'appui regroupant des représentants GH et Siège. Deux groupes de travail ont été constitués : l'un sur management piloté par N Barbier, l'autre sur contractualisation/délégation piloté par S Decoopman et B Isabey

Le groupe de travail sur le management avait pour mission de définir les rôles et mission des chefs de pôle, des CAP et CPP. Travail en cours de finalisation. Une communication des décisions prises envers l'ensemble de l'encadrement des pôles et des directions de GH sera à mettre en œuvre.

La fin des travaux définissant un socle commun en matière de délégation et un contrat type est prévue pour début juin.

Le COPIL aura aussi à se prononcer sur le dispositif de formation des chefs de pôle (projet sous la responsabilité de S David)

#### Accompagnement des chefs de pôle prochainement nommés :

L'AP-HP en partenariat avec deux grandes écoles (HEC et l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris) a déposé un dossier de demande de référencement des formations. Les premiers référencements devraient être publiés par l'ANAP d'ici la fin du premier semestre 2011. Grâce à ces dispositifs, l'AP-HP respectera l'obligation faite aux chefs d'établissement. Ces formations, modulaires, seront également accessibles aux collaborateurs des chefs de pôles, la formation des trios de pôles sera priorisée. Le Pr Roland Rymer a été chargé par le Directeur Général de l'AP-HP et le Président de la CME de piloter la mise en œuvre de ces formations. Les contenus des formations seront affinés à l'issue des conclusions des groupes de travail et du comité de pilotage.

Dans le cadre du développement professionnel, un dispositif d'accompagnement des chefs de pôle sera proposé en complément des dispositifs modulaires de formation. Ce dispositif pourrait comprendre :

- un accueil des chefs de pôles et une rencontre avec la Directrice Générale dès septembre 2011, selon un calendrier et des modalités qui restent à définir.
- le déploiement de jeux de simulation de gestion hospitalière permettant aux équipes de pôle d'acquies collectivement des réflexes de pilotage d'activités médico-économiques,
- un accompagnement à la prise de fonction sous forme de conseil voire de coaching, ainsi que la participation à des séminaires d'échanges avec des cadres dirigeants issus d'autres univers professionnels,
- l'organisation d'une veille documentaire et la diffusion mensuelle sélective d'articles et de synthèses relatives au positionnement managérial d'un cadre dirigeant.

Une rencontre avec la Directrice Générale est prévue d'ici la fin du premier semestre 2011 (rencontre organisée par Hubert Peurichard).

#### **Enjeux**

- mettre en œuvre le dispositif de formation chef de pôle ainsi que CAP et CPP
- définir modalités de suivi, évaluation management des pôles

#### Identification et accompagnement des hauts potentiels :

Pour assurer son rôle de leader dans les domaines de l'innovation médicale, de la recherche (clinique et translationnelle), de la qualité des soins et de la prise en charge des patients, l'AP-HP se doit de poursuivre sa politique d'attractivité, de fidélisation et d'accompagnement des ses jeunes praticiens prometteurs. L'accès facilité à des dispositifs d'actualisation des connaissances et des compétences est un avantage concurrentiel qui concourt à l'attractivité et à la fidélisation des praticiens (notamment à l'issue du clinicat) dans un contexte de démographie médicale de plus en plus contraint et de concurrence relative des CHU vis à vis de ces ressources. L'accompagnement des jeunes praticiens pourrait se décliner selon deux axes :

- celui du développement des compétences managériales organisé afin que ces futurs praticiens puissent se préparer au mieux à leurs futures responsabilités managériales au sein de l'institution
- celui du soutien institutionnel de leurs parcours de recherche, notamment lors de mobilités dans des services hospitaliers ou des laboratoires de recherche à l'étranger.

Une rencontre avec la Directrice Générale est prévue le 5 mai prochain en présence du Professeur Pierre Galanaud.

## Les chantiers à risque social : une stratégie à définir ?

### - La promotion professionnelle (financement par l'employeur des formations des personnels soignants) :

L'enjeu est très symbolique car la PP fait partie de la culture de promotion sociale de l'AP. En 2010, elle représente 1698 ETPR (environ 60 ME) soit 3% de la masse salariale (obligation réglementaire à 0,6%).

La nécessité d'inscrire la promotion professionnelle de l'AP-HP dans le respect du plan global de financement pluriannuel a conduit à prévoir sur les exercices 2010 à 2013 une diminution des dépenses afférentes de l'ordre de 40 %, qui certes les maintient bien au delà des obligations réglementaires mais se traduit par une diminution à 1441,9 ETPR en 2011, 1167,5 en 2012 puis 886,5 en 2013, auxquels il convient d'ajouter la prise en charge de 90 promotions professionnelles IDE au titre du FMESPP.

La présentation de cette orientation a suscité une forte mobilisation syndicale en 2009 et en 2010 et reste extrêmement sensible, même si deux réunions de concertation se sont tenues sur ce thème en février 2011 dans un climat constructif.

Il serait intéressant afin de ne pas casser cette dynamique que puisse être reconduit le dispositif qui avait permis l'an passé de mobiliser une partie des crédits du FMESPP (Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés), à hauteur de 12 millions d'euros, pour le financement d'un droit de tirage complémentaire pour la promotion professionnelle. Nous retiendrions comme première hypothèse de travail d'y consacrer cette année selon le même principe 5 millions d'euros, prioritairement fléchés sur les filières aide-soignante, infirmière, cadre et préparateur en pharmacie, étant entendu que les autres dépenses éligibles à ce fonds restent prioritaires et qu'une discussion avec l'Agence Régionale de Santé sera nécessaire, celle-ci nous ayant fait part d'un accord de principe.

### - La promotion interne (concours de recrutement et examens de sélection)

L'AP-HP favorise la promotion interne en organisant régulièrement, en fonction de ses besoins, des concours, examens professionnels et autres épreuves de sélection pour ses personnels non médicaux, toutes filières professionnelles confondues.

L'organisation de ces épreuves de sélection doit s'intégrer dans le dispositif de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC).

La promotion interne est un élément d'une politique plus large de GPMC. Elle doit être, dans toute la mesure du possible, envisagée de manière pluriannuelle.

Anticiper au mieux les concours et épreuves de sélection est un facteur d'amélioration du dialogue social, de régulation de la charge de travail du service chargé de l'organisation des épreuves et de renforcement des compétences internes.

### - Le temps de travail

La politique de gestion et de contrôle du temps de travail mise en place en 2007 suite à la parution du rapport ACKER poursuit deux objectifs de maîtrise et de sécurisation des jours dus aux agents de l'APHP :

- Stabiliser le volume global de jours dus - repos dus + CET - (obligation de planifier la totalité des 48 jours de congés dans l'année).
- privilégier leur placement sur compte-épargne temps.

Le volume repos dus + CET est resté stable, voir en légère diminution autour de 1,26 millions de jours soit 17,6 j/agent en moyenne, ce qui signifie que l'ensemble des congés ont été apurés en cours d'exercice (même si cette moyenne recouvre des situations très disparates) sur les derniers exercices :

- la répartition des jours est aujourd'hui la suivante :

Repos dus : 380 000 jours,

CET : 880 000 jours,

Soit une inversion de la situation 2008 (900 000 repos dus et 400 000 jours sur CET)

Les enjeux d'une nouvelle négociation sur le temps de travail permettant d'aller au delà de l'objectif de stabilisation :

- Application de l'article 115 de la loi de finances pour 2011 : en supprimant la franchise de 25 jours en cas d'absence pour raison de santé, l'application de cette règle, effective à compter du mois d'avril 2011, permet à l'institution une économie qui se traduira selon des proportions variables d'une catégorie à l'autre par une diminution de dépenses de remplacement, d'effectif rémunéré ou/et de diminution des repos dus aux agents. Le CTEC est informé de ce changement.

Enjeu : 46 000 jours (230 ETP)

- Adopter des organisations de travail limitant le cumul de jours dus en privilégiant les schémas en 7h36 de jour, y compris pour les organisations en grande équipe, dans le cadre du protocole AP en vigueur. 20% des personnels de l'APHP sont aujourd'hui en organisation 7h50. L'existence de protocoles locaux limite la généralisation d'un schéma, le recours en 7h36, mais une évolution sur ce point ne nécessite pas une remise en cause du protocole AP.

Enjeu 60 000 jours (300 ETP)

- La renégociation du protocole RTT de l'AP HP, en poursuivant l'objectif d'un alignement sur des horaires en 7h30 de jour, hors schémas en 12 heures, permettrait d'envisager le gain de 300 000 journées de travail annuelles.

Enjeu : 300 000 jours (1500 ETP), dont les gains évoqués au paragraphe précédent.

Mais le sujet est explosif.

- La demi-cotisation ouvrière

Enjeux de l'ordre de 58 M€.

Les syndicats des personnels non médicaux considèrent que la prise en charge par l'institution de la demi-cotisation ouvrière est un acquis social à préserver à double titre : comme garantie du pouvoir d'achat et comme un des derniers symboles de la spécificité du statut de l'AP-HP dans le paysage hospitalier français. La suppression du dispositif réduisant de 3,025% le traitement de base de tous les fonctionnaires de l'AP-HP (minimum 41€ mensuels pour un ASHQ et 45 € pour un IDE début de carrière). Elle interviendrait dans un contexte de gel de l'augmentation du point d'indice FP et d'augmentation de 7,85 à 10,55% des cotisations ouvrières au régime de retraite CNRACL dans les 10 ans à venir. Au plan juridique, cette suppression devrait s'appuyer au regard des textes particuliers organisant l'AP-HP pour limiter les risques de recours contentieux.

cont.

- La politique de la petite enfance et son évolution vers la tarification CAF

Les 4000 places de crèches offertes par l'AP-HP représentent un atout majeur de sa politique sociale, à la fois outil de présentisme du personnel et outil de redistribution sociale compte tenu des tarifs pratiqués.

Les moyens nécessaires en investissement et en fonctionnement pour maintenir une offre de qualité impliquent de rationaliser le fonctionnement des crèches et de mobiliser des ressources complémentaires.

En passant à la PSU, chaque place de crèche pourrait générer une recette supplémentaire estimée, en fonction des tranches de revenus, de 4000 à 5500 €/an, répartie entre les participations familiales et la CAF (au lieu de 280 € à 1660 € aujourd'hui). L'AP-HP pourrait faire bénéficier ses agents de chèques CESU pour compenser en partie l'augmentation du coût de la crèche.

La mise en place de la prestation de service unique (PSU) en lien avec la CAF est affichée comme une orientation du nouveau plan stratégique. Elle nécessitera une pédagogie habile et une large concertation qui s'annonce difficile compte tenu de l'accumulation des projets sensibles.

- Les risques professionnels et les conditions de travail

La stratégie en la matière devra tenir compte d'une extrême sensibilité de ce sujet et notamment des risques psycho sociaux, avec en toile de fond le sujet des suicides. La ligne est très délicate à tenir afin de ne pas tomber dans le syndrome d'autres grandes entreprises, dans une période où le CHSCT est de plus en plus utilisé comme l'arme ultime contre les dirigeants. L'affichage du souci de l'employeur de promouvoir l'amélioration des conditions de travail, doit viser à atténuer le message du « tout va mal », délétère pour les équipes.

Le CHSCTC a déposé en juillet un avis de danger Grave et Imminent (DGI) sur la médecine du travail (27% de l'effectif non pourvu). La DRH a lancé un plan de réorganisation pragmatique mais qui se heurtera à des résistances internes et externes. La sur-utilisation du recours au CHSCT ne doit pas nous conduire à mésestimer la nécessité d'avoir une politique active de prévention des risques professionnels, au demeurant nombreux et variés à l'Hôpital. La mise en place d'équipes de professionnels compétents sur les groupes hospitaliers est un enjeu fort qui devra se faire par redéploiement.

#### - Mobilité professionnelle

En 2009, la Direction Générale a demandé à la DRH de construire un dispositif spécifique pour accompagner les mobilités professionnelles liées aux restructurations et à l'évolution organisationnelle de l'AP HP.

#### Décisions prises en 2009 :

- pilotage du dispositif par la DRH avec 1 structure « légère »
- mise en œuvre au sein des GH
- négociation des crédits via le FMESPP : convention pour 5 ans avec un accord de financement de 83 ME

#### Enjeux 2011 et années suivantes :

- Faire en sorte que les mobilités dans les GH se fassent dans le respect des règles institutionnelles afin de maintenir le climat social avec une nécessaire anticipation et information des agents.
- Obtenir les crédits annuels FMESPP prévus dans « l'accord cadre » ARS
- Définir et mettre en œuvre le « bon niveau de pilotage » de la DRH AP HP pour toutes les opérations de restructuration/transfert entre GH (18 opérations prévues en 2011)
- Pilotage du dispositif de l'expérimentation de l'entretien professionnel

Il a été décidé de se préparer en 2011 pour une entrée dans l'expérimentation en 2012.

#### Enjeux :

- préparation des agents et évaluateurs : formation, outils...
- dialogue social // à la suppression notation
- mettre en œuvre de nouvelles modalités d'avancement et du calcul de la prime
- informatisation de l'entretien professionnel

#### Enjeux : autres points :

- une amélioration de l'ergonomie et des fonctionnalités de e recruiting, puis la poursuite du déploiement (actuellement 2 outils coexistent et ne communiquent pas) est indispensable et constitue un enjeu majeur pour le recrutement et l'image de l'AP-HP.
- un dispositif interne à l'AP-HP de certification des compétences sur 3 métiers mis en place depuis 5 ans à l'AP-HP et « repris » par l'ARS IDF pour 1 métier depuis l'an passé : prendre position sur la poursuite ou pas du dispositif