



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2015**

Date du Jury : **décembre 2015**

**Les difficultés liées à l'élaboration du
bilan social au sein du Centre
Hospitalier de Digne-les-Bains**

Julie MASSABIE-BOUCHAT

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à Monsieur Richard LAMOUREUX, Directeur délégué du Centre Hospitalier de Digne-les-Bains, pour m'avoir accueillie dans cet établissement, pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Je remercie le Directeur Adjoint, Monsieur Salvator CUCUZZELLA, pour m'avoir accueillie au sein de la Direction des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de Digne-les-Bains.

Je tiens à remercier Monsieur Hervé CURTILLET, Attaché d'administration hospitalière, mon maître de stage, pour son accompagnement dans la réalisation de mes missions afin que ce stage se déroule dans les meilleures conditions.

Je tiens également à remercier Madame Sylvie CALZARONI, adjoint des cadres du service de la gestion du personnel, pour sa disponibilité, la transmission de son savoir et ses conseils avisés.

J'exprime ma gratitude à l'ensemble des membres de l'équipe de la direction générale et de la direction des ressources humaines du Centre Hospitalier de Digne-les-Bains, pour son accueil, sa disponibilité, et sa convivialité qui ont facilité mon intégration. Nos échanges m'ont permis de mieux découvrir la richesse et la variété des activités qui les composent.

Ma reconnaissance s'adresse également à l'ensemble des professionnels du CH de Digne-les-Bains, pour leur accueil chaleureux et pour m'avoir fait partager leur quotidien lors de mon stage d'observation.

Je souhaite, par ailleurs, remercier le binôme de lecteurs, Madame Renée POATY et Madame Odessa PETIT DIT DARIEL pour leurs précieux conseils dans l'élaboration et la finalisation de ce mémoire ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'EHESP pour la qualité de ses interventions, tout au long de l'année.

Sommaire

Introduction.....	- 1 -
1 La recherche et la collecte des données détenues par les différents acteurs du Centre Hospitalier	- 5 -
1.1 Des données réparties auprès des différents acteurs de l'hôpital	- 5 -
1.1.1 Les difficultés liées au recueil des données et à leur retraitement.....	- 5 -
1.1.2 Le lien avec les autres directions fonctionnelles et l'ensemble des services de la DRH	- 8 -
1.2 Le rôle essentiel de centralisation et de coordination de l'AAH de la DRH dans le recueil des données	- 11 -
1.2.1 Le rôle pivot de l'AAH à la DRH dans le recueil des données	- 11 -
1.2.2 La compilation des données pour en faciliter la lisibilité	- 13 -
2 L'utilisation des données et les enjeux du bilan social	- 17 -
2.1 L'utilisation des données issues du bilan social	- 17 -
2.1.1 Les orientations stratégiques dégagées par le bilan social dans la politique de l'institution et plus largement à l'élaboration des politiques publiques	- 17 -
2.1.2 Le ciblage des pistes potentielles d'actions à mener.....	- 19 -
2.2 Les enjeux du bilan social pour faciliter le dialogue social et la gestion des ressources humaines	- 22 -
2.2.1 La présentation du document aux instances de l'hôpital	- 22 -
2.2.2 Les objectifs du bilan social	- 24 -
3 Les pistes d'amélioration en vue de faciliter l'élaboration du bilan social et de pallier ses limites.....	- 29 -
3.1 La mise en place d'outils au service d'une plus grande fiabilité des données -	29 -
3.1.1 Les tableaux de bord et de suivi	- 29 -
3.1.2 La mise en place d'un système d'information hospitalier plus performant et plus fiable	- 31 -
3.2 Les limites du bilan social	- 34 -
3.2.1 L'excès de données quantitatives	- 34 -
3.2.2 La nécessité d'un reflet plus qualitatif des données recueillies	- 36 -
Conclusion.....	- 41 -

Sources et bibliographie - 43 -
Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-soignant
ASH	Agent de Service Hospitalier
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CET	Compte Epargne Temps
CH	Centre Hospitalier
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLD	Congé Longue Durée
CLM	Congé Longue Maladie
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREF	Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DAE	Direction des Affaires Economiques et logistiques
DAF	Direction des Affaires Financières
DPC	Développement professionnel Continu
DRH	Direction (la) et/ou Directeur (le) des Ressources Humaines
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP	Equivalent Temps Plein
ETPR	Equivalent Temps Plein Rémunéré
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
LIRHE	Laboratoire Interdisciplinaire de recherche sur les Ressources Humaines et l'Emploi
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OGDPC	Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
SIH	Système d'Information Hospitalier

Introduction

Le Centre Hospitalier de Digne-les-Bains est issu de la fusion, de l'hôpital général Charles Romieu et du centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (CHS) Saint Christophe et de leur regroupement sur le site de Saint-Christophe en 2002. Il dispose d'autorisations des activités de soins de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et de psychiatrie. Il est membre, depuis janvier 2012, de la communauté hospitalière de territoire (CHT) du Pays provençal qui regroupe les CH d'Aix-Pertuis (CHIAP), Salon-de-Provence, Manosque et Digne. Depuis bientôt trois ans, le CH de Digne-les-Bains fait l'objet d'une direction commune avec le CHIAP.

La commune de Digne les Bains est située au centre du département des Alpes de Haute-Provence dont elle est le chef-lieu. Cette commune est géographiquement enclavée du fait de sa localisation au fond d'une vallée. De plus, la commune ne bénéficie pas de la proximité immédiate d'un axe autoroutier. L'isolement géographique du Centre Hospitalier de Digne est reconnu au niveau national. Le département des Alpes de Haute-Provence regroupe 166.316 habitants, selon les dernières estimations de l'INSEE¹ répartis dans 200 communes. Ce département est essentiellement rural. Selon les derniers chiffres issus du service des affaires financières, le CH dispose de 164 lits et 32 places en MCO et de 151 lits et 114 places en psychiatrie.

L'établissement présente depuis dix ans une situation budgétaire et financière dégradée. Cette situation préoccupante a fait l'objet d'un rapport d'observations par la Chambre régionale des comptes². L'établissement présente un déficit structurel estimé à 4 millions d'euros et un déficit cumulé, à la fin 2014, de 15.6 millions d'euros. La direction de l'établissement, compte tenu de cette situation financière dégradée, a élaboré un nouveau plan de redressement afin d'atteindre, à nouveau, l'équilibre des comptes. Cet effort fait l'objet d'un CREF portant sur l'ensemble des dépenses d'exploitation du budget principal du CH.

Le choix de ce sujet de mémoire s'est fait dès le début de mon stage. En effet, ma mission principale, au cours de ce stage, consistait à élaborer le bilan social, dans sa globalité. J'ai donc saisi cette opportunité pour mener une réflexion sur la construction de ce document et les difficultés liées à son élaboration. Le choix de cette thématique répond à une double motivation, la première consiste à analyser le positionnement d'un attaché à la DRH et le rôle qu'il joue dans l'aide à la définition de la stratégie de l'établissement en matière de ressources humaines.

¹<http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/departement.asp?dep=04>

² Rapport de la Chambre régionale des comptes portant sur la gestion du CH depuis 2006, janvier 2014

La construction du bilan social, dans sa globalité peut relever des missions de l'Attaché d'Administration Hospitalière (AAH) au sein d'une direction des ressources humaines. La construction de ce document n'est pas évidente en raison de la diversité des informations requises. Sa construction nécessite de la part de l'attaché un réel sens de l'organisation notamment en raison des échéances imposées au niveau national en termes de calendrier. Chaque année le document doit être remis avant le 30 juin. L'élaboration de ce document permet à l'attaché de la direction des ressources humaines (DRH) d'avoir une vision sur l'ensemble des domaines que recouvrent les ressources humaines, grâce au nombre important d'indicateurs requis par la circulaire relative au bilan social. De ce fait, il peut, en étroite collaboration avec le directeur des ressources humaines, être un appui dans la définition de la stratégie de l'établissement en matière de ressources humaines et participer à la mise en place de la politique sociale du centre hospitalier.

Le bilan social est un document rassemblant un certain nombre de données relatives aux ressources humaines. Il représente une source d'information statistique au service des relations sociales de l'établissement et participe à la définition des orientations stratégiques de la politique de l'institution. Il est une synthèse des indicateurs de l'évolution d'un établissement recueillis à travers l'angle du personnel. Il permet de mettre en exergue « l'état de santé » de l'établissement. Il apporte une vue d'ensemble des caractéristiques du personnel et de leurs conditions de travail. Son élaboration permet une étude rétrospective et comparative de la situation sociale de l'établissement. Le bilan social des hôpitaux est essentiellement constitué d'une série de données statistiques portant sur les effectifs, les mouvements de personnel, les promotions, l'emploi des travailleurs handicapés et assimilés, l'absentéisme, les rémunérations et les charges accessoires, les conditions d'hygiène et de sécurité, les accidents de travail, l'organisation et l'aménagement du temps de travail, la formation continue. L'obligation d'élaboration du bilan social est corrélée à l'effectif employé ce qui confère au document une portée générale³. Le bilan social n'est obligatoire que pour les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux de plus de 300 agents. Pour les établissements de moins de 300 agents, la production d'un bilan social, même sous un format réduit, est possible, mais reste facultative.

Il a été créé par la loi du 12 juillet 1977⁴ qui fait suite à un rapport de la commission Sudreau⁵ sur la réforme de l'entreprise. Ainsi cette loi rend obligatoire pour les entreprises de plus de 300 salariés, la production d'un bilan social. L'article 438-3 du code du travail le définit comme « *un document unique qui récapitule les principales données chiffrées permettant d'apprécier la situation de l'entreprise dans le domaine*

³ DANZINGER R., Le bilan social, outil d'information et de gestion, DUNOD 1984

⁴ Loi n° 77-769 du 12 juillet 1977 relative au bilan social de l'entreprise

⁵ Rapport du Comité d'Etude pour la Réforme de l'Entreprise dit rapport Sudreau de 1974-1975

social, d'enregistrer les réalisations effectuées, et de mesurer les changements intervenus au cours de l'année écoulée, et des deux années précédentes ». Par la suite, cette loi a été appliquée à la fonction publique hospitalière en 1988. La France a été l'un des premiers pays à avoir adopté une réglementation en matière de présentation des données sociales. En dépit de la quasi-identité des grandes rubriques entre le secteur privé et le milieu hospitalier, les données recueillies dans le bilan social hospitalier tiennent compte des particularismes de ce secteur. Dans ses différents chapitres, le bilan social distingue nettement les deux grandes catégories de personnel médical et non médical et met en exergue les différentes caractéristiques du statut des fonctionnaires.

Jusqu'en 2011, il s'agissait d'un recueil de données brutes et de pourcentages, organisés en tableaux afin d'en faciliter la compréhension. Le bilan social tel qu'il existait jusqu'à présent ne permettait pas de comprendre la réalité de la vie hospitalière et d'intégrer certains enjeux d'aujourd'hui.

Le décret du 22 novembre 2012⁶ et l'arrêté du 5 décembre 2012⁷ ont établi une refonte du contenu de ce bilan social. Cette refonte a été accompagnée par la mise en place de l'instruction du 2 janvier 2013⁸ relative au bilan social. Le but de cette refonte est d'alléger et de simplifier le contenu du bilan social, afin que ce document permette d'anticiper, de prévenir, de mettre en valeur les bonnes pratiques, d'objectiver la mise en œuvre d'une réflexion stratégique et de favoriser le dialogue social, en somme d'en faire un réel outil de management. Cette refonte a pour but d'en faire un document réellement stratégique qui reposera sur une véritable analyse de la situation sociale. Il permet le regroupement, dans ce bilan, de certaines données relatives aux ressources humaines que l'on retrouve au sein de plusieurs documents comme le projet social, le CPOM, ou même l'EPRD concernant le titre 1. Il a vocation à faciliter le dialogue social. La nouvelle version permet une analyse des données chiffrées à travers la rédaction de commentaires, les chiffres ne pouvant à eux seuls suffire à l'éclairage des résultats des indicateurs.

Le bilan social du Centre Hospitalier de Digne-les-Bains, établi en 2015, est relatif aux données de l'exercice 2014. Afin de répondre aux exigences de l'instruction, ce dernier est composé de trois parties : la première consacrée à l'état et à l'analyse des données sociales de l'établissement pour les personnels médicaux et non médicaux de 2014, la deuxième sur la gestion des ressources humaines au sein des pôles d'activité

⁶ Décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012 portant modification du décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

⁷ Arrêté du 5 décembre 2012 fixant les modalités d'adoption et le contenu du bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

⁸ Instruction N°DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

avec un focus sur le pôle de psychiatrie générale, et, enfin, la troisième partie permet une mise en perspective des données sociales au regard du volet social du projet d'établissement et de l'intégration de la politique des ressources humaines sur le territoire.

L'élaboration du bilan social repose sur plusieurs temps forts :

- La récolte des données nécessaires à sa construction,
- L'analyse des données récoltées,
- La présentation aux instances
- La diffusion du document ou, du moins, sa mise à disposition au sein du Centre Hospitalier.

Ayant eu pour mission, au cours de mon stage au CH de Digne, son élaboration, j'ai choisi de me focaliser sur la collecte des données et sur l'analyse de celles-ci. Les contraintes liées au calendrier du stage ne m'ont pas permis de participer à la présentation du bilan social du Centre Hospitalier de Digne-les-Bains aux instances de l'établissement.

D'un point de vue méthodologique, j'ai débuté mon travail par des recherches bibliographiques que j'ai complétées par une observation directe sur le terrain. Au sein de l'établissement, j'ai pu consulter des documents de travail ayant servi à l'élaboration du bilan social, les années passées. Par la suite, j'ai rencontré plusieurs personnes qui m'ont permis de connaître les difficultés qui étaient rencontrées lors de l'élaboration du bilan social. Je me suis essentiellement attachée à l'observation directe, étant directement en charge du dossier. Enfin, le travail de collaboration mené avec l'AAH de la DRH, mon maître de stage, ainsi qu'avec les membres de la DRH et des autres services m'a aidé à la réalisation de ma mission et a participé à l'avancement de la réflexion sur mon sujet de mémoire.

Il semble important de se demander comment est élaboré le bilan social et quelles sont les difficultés liées à la construction de ce document.

S'il semble indispensable, dans un premier temps, de se centrer sur la recherche et la collecte auprès des différents acteurs du CH (1), nécessitant, par la suite, un travail important d'analyse (2), il n'en reste pas moins que des pistes d'amélioration en vue de faciliter l'élaboration du bilan social sont à prévoir (3).

1 La recherche et la collecte des données détenues par les différents acteurs du Centre Hospitalier

L'élaboration du bilan social nécessite la collecte des données auprès des différents acteurs de l'hôpital (1.1) imposant une centralisation et une coordination de celles-ci par l'AAH (1.2).

1.1 Des données réparties auprès des différents acteurs de l'hôpital

S'il semble que la récupération des données permette de faire le lien avec les autres directions fonctionnelles et avec les différents services de la DRH (1.1.2), néanmoins, le recueil des données présente des difficultés afin de pouvoir les retraiter pour les exploiter (1.1.1).

1.1.1 Les difficultés liées au recueil des données et à leur retraitement

Les données nécessaires à l'élaboration du bilan social le sont, soit directement auprès de plusieurs services de l'établissement, soit par l'intermédiaire des logiciels informatiques installés au sein du CH.

Le CH de Digne dispose de deux logiciels utiles à l'élaboration du bilan social : « Octime » et « l'AS/400 ». Octime est un logiciel de gestion du temps et de planification⁹. L'AS/400 est le système d'exploitation en place au sein de l'établissement. C'est à partir de ce logiciel que la paie est réalisée. De ce fait, il permet de recenser un certain nombre d'informations relatives aux agents. Il permet, après une configuration effectuée par le service informatique, de réaliser le bilan social.

Cependant, ce recueil informatique contient, au CH de Digne, des erreurs. Il rend nécessaire une recherche complémentaire auprès des différents acteurs de l'établissement. Il est donc indispensable d'effectuer des contrôles de cohérence sur les données issues du logiciel. Les paramètres du logiciel de l'AS/400 peuvent requérir des ajustements. Par ailleurs, cette vérification dans les différents services de l'établissement

⁹ <http://www.octime.com>

est l'occasion de compléter les informations par le recueil de données supplémentaires indispensables au regard des termes de l'instruction du 2 janvier 2013.

Pour élaborer le bilan social, il fallait donc, au préalable, établir quelles étaient les informations nécessaires pour ce document. La refonte du bilan social a permis de simplifier la présentation et de rassembler les 23 indicateurs. Le tableau ci-dessous met en évidence les changements opérés par la réforme du bilan social :

Ancien bilan social	Nouveau bilan social
<p style="text-align: center;"><u>7 grands chapitres</u></p> <p>1) <i>Emplois</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Effectif total - Démographie des effectifs - Situations particulières - Mouvements (ex : arrivées/départs) - Titularisations et promotions - Absence au travail <p>2) <i>Rémunérations et charges accessoires</i></p> <p>3) <i>Conditions d'hygiène et de sécurité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Accidents de travail - Réunions CHSCT <p>4) <i>Conditions de travail</i></p> <p>5) <i>Formation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Heures, départs, couts <p>6) <i>Relations professionnelles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Représentants personnel - Communication - Contentieux - Conflits collectifs <p>7) <i>Autres conditions de vie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Service social - CGOS 	<p style="text-align: center;"><u>3 grandes parties</u></p> <p><i>1ère : État et analyse des données sociales</i> (23 indicateurs repartis en 5 chapitres)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evolution effectifs et masse salariale - Gestion du temps et des disponibilités des RH - Gestion des compétences - Dialogue Social - Sante et conditions de travail <p><i>2ème : Gestion des Ressources humaines au sein des pôles d'activité</i> Taux d'absentéisme et de turnover, mise en valeur d'un pôle ayant connu des évolutions marquantes sur un indicateur, mise en valeur d'un pôle avec les 23 indicateurs de la première partie.</p> <p><i>3ème : Mise en perspective des données sociales au regard du projet social et de l'intégration de la politique RH sur le territoire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Critères de qualité de l'HAS - Suivi du CPOM

Ensuite, cela impliquait de savoir à quel endroit je devais chercher les informations. J'ai donc d'abord étudié l'instruction de 2013 pour me familiariser avec les informations utiles pour le bilan social. Puis, j'ai lu le bilan social relatif aux données de 2013 afin de comprendre ce qui était attendu. Des documents relatifs au bilan social étaient disponibles, au sein de la DRH, et notamment les documents qui avaient servi à l'élaboration du bilan social de l'année précédente. Mais il n'était pas évident de retrouver la logique de la personne en charge du dossier l'année précédente, d'autant plus, qu'elle n'était plus présente au sein de l'établissement. Je me suis donc appuyée sur une partie des documents à ma disposition. Pour le reste, je me suis rapprochée des personnes qui détenaient les informations utiles pour construire le bilan social, et principalement au sein même de la direction des ressources humaines.

En effet, les données utiles à l'élaboration bilan social se concentrent majoritairement au sein de la DRH. De ce fait, après l'étude de la circulaire pour évaluer les besoins, j'ai rencontré les différentes personnes qui pouvaient m'apporter les informations nécessaires. Au-delà du recueil des données, les membres de l'équipe de la DRH m'ont apporté des explications sur les résultats des données recensées.

Si l'ATIH n'utilise que des données chiffrées lors de l'exploitation qu'elle en fait, la présentation du bilan social aux instances nécessite, pour une meilleure compréhension, une interprétation de ces données. De plus, l'élaboration du bilan social dans sa globalité requiert une bonne connaissance de l'établissement. Or, cette connaissance, je ne pouvais l'acquérir qu'au contact des professionnels de l'établissement, notamment si l'établissement. Des infirmations telles que l'existence de fusions de services, de restructurations, de fermetures d'unités, par exemple, sont indispensables à une bonne analyse des données. L'AAH de la DRH dispose de cette connaissance avec l'appui des membres de l'équipe de la DRH. En effet, l'AAH suit de manière continue les mouvements de personnel, ainsi que tout ce qui a trait au personnel.

Toutefois, la collecte d'informations ne représente que la première étape. En effet, il faut ensuite procéder à un retraitement des données recueillies. Un travail doit donc être fait : trier, regrouper les chiffres. Pour se faire, et notamment pour certains indicateurs, j'ai réalisé des documents de travail¹⁰ ou des outils¹¹ afin de faciliter le recueil des données.

Le bilan social regroupe tout d'abord les principaux indicateurs concernant les agents. La pertinence d'un indicateur réside dans la possibilité de le croiser avec d'autres indicateurs. Ces croisements permettent de dégager des taux, des moyennes éclairant de manière synthétique et objective la situation observée.

L'objectif pluriannuel est, à travers sa construction initiale, d'élaborer une méthode qui sera reproduite d'une année à l'autre afin de pouvoir comparer les résultats. Contrairement à la fonction publique territoriale, le bilan social du secteur hospitalier n'est pas modulable en fonction de nouvelles perspectives ou de nouveaux phénomènes¹². Les principaux indicateurs du bilan social sont relatifs :

- Aux effectifs (personnel médical et non médical comprenant les titulaires, les stagiaires, les CDD, les emplois d'avenir), par âge, par filière
- A la masse salariale

¹⁰ Annexe 3

¹¹ Annexe 1 et 2

¹² FONTAINE-GAVINO K. et ZAMBEAUX A., « *Bilan social et tableau de bord : des outils de pilotage au service des ressources humaines* », collection les diagnostics de l'emploi territorial, décembre 2005

- Au temps de travail et à l'absence (heures supplémentaires, CET, maladie ordinaire, CLM-CLD, taux d'absentéisme, ...)
- Aux flux et aux recrutements (mobilité interne, taux de turnover, promotion professionnelle, départs en retraite, ...)
- Aux travailleurs handicapés
- Aux conditions d'hygiène et de sécurité (accidents du travail, maladie professionnelle, ...)
- A la formation (OGDPC, DPC, ANFH ...)
- Au dialogue social (conflits sociaux, avantages sociaux, congé syndical, ...)
- Aux rémunérations

Il est à noter, comme nous le verrons après ci-après, que certains indicateurs font appel à d'autres services comme la médecine de santé au travail, la direction des affaires économiques ou la direction des affaires financières.

En somme, l'ensemble des domaines des ressources humaines est retracé dans ce bilan.

1.1.2 Le lien avec les autres directions fonctionnelles et l'ensemble des services de la DRH

Les données qui doivent être recueillies pour répondre aux indicateurs de l'instruction de 2013 nécessitent la collaboration de plusieurs services de l'hôpital.

Le recueil des données qui servent à construire le bilan social ne se réalise pas uniquement au sein du service de la DRH. En effet, le recueil certains indicateurs nécessitent le concours d'autres directions fonctionnelles du centre hospitalier, c'est le cas en matière de document unique (indicateur 22), mais aussi en matière de CET, et plus particulièrement, en ce qui concerne le montant de la provision des CET (indicateur 5). L'exemple de ces deux indicateurs témoigne du lien qu'il est utile d'entretenir avec, d'une part, la direction des affaires économiques et de la logistique, mais aussi avec la direction des affaires financières.

La direction générale doit aussi être sollicitée pour connaître le nombre de réunions avec les partenaires sociaux qui ont eu lieu sur l'année considérée. Pour retrouver ces données, retracées dans les indicateurs relatifs au dialogue social, j'ai dû, en collaboration avec le secrétariat de la direction générale, retracer ces réunions

syndicales sur l'année 2014 en consultant les agendas électroniques des différents directeurs.

Les indicateurs relatifs à la santé et à la sécurité au travail (indicateur 19) relèvent de la médecine du travail. De plus, le rapport du médecin du travail est annexé au bilan social. De ce fait, j'ai dû récupérer ces données auprès de ce service. Il semble donc fondamental de travailler en coopération avec la médecine du travail afin que les informations contenues dans le bilan social, lui-même, correspondent aux données jointes dans le rapport du médecin du travail.

Il en est de même au sein même des services de la DRH. Au sein du centre hospitalier de Digne, la DRH est organisée en trois services sous la responsabilité d'un AAH, lui-même, sous la direction du DRH. Parmi eux, on retrouve le service de la gestion du personnel et de l'absentéisme, le service de la paie et le service de la formation. Ces trois services sont tous encadrés par un adjoint des cadres. L'adjoint des cadres du service de la paie est aussi le responsable des affaires médicales. Les données du bilan social recouvrent l'ensemble des domaines des ressources humaines et, de ce fait, la centralisation de ces données, nécessite le concours de tous ces services à son élaboration. En effet, pour recueillir ces données, j'ai rencontré l'ensemble des personnes du service de la DRH. Ces rencontres qui ne prenaient pas toujours la forme d'entretiens formels m'ont permis de mieux appréhender les tenants de la mission qui m'avait été confiée.

L'adjoint des cadres de la gestion du personnel m'a, ainsi, expliqué ce que recouvrait certaines notions attachées aux CET ou concernant les indicateurs relatifs au dialogue social. En effet, désormais les absences syndicales sont de plusieurs types. Un décret de 2013¹³ est venu modifier la codification des absences syndicales. Ainsi, elle permet de distinguer les absences syndicales des articles 13, 14 et 16.

A titre d'exemple, l'article 13 du décret du 19 mars 1986 précise maintenant la durée des autorisations spéciales d'absence accordées à un même agent, au cours d'une année, ne peut excéder 10 jours en cas de participation à certains congrès visés dans le décret. Cette limite est portée à 20 jours par an lorsque l'agent est appelé à participer à d'autres types de congrès dont le détail est lui aussi précisé.

L'article 15 du décret du 19 mars 1986 est complété et indique maintenant : « sur simple présentation de leur convocation, les représentants syndicaux se voient accorder une autorisation d'absence lorsqu'ils sont appelés à siéger dans les instances suivantes :

¹³ Décret 2013-627 du 16 juillet 2013 modifiant le décret 86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements de la fonction publique hospitalière

Conseil économique, social et environnemental et conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux ; Organisme gestionnaire du développement professionnel continu.

Les indicateurs du bilan social relatif aux droits et moyens syndicaux sont les plus regardés principalement par les instances de l'hôpital. Ces indicateurs font parfois l'objet de discussions vives qui nécessitent une réelle technicité de l'AAH, mais aussi, une force de conviction notamment pour expliquer les raisons qui ont conduit la DRH à refuser des ASA à des représentants syndicaux.

De la même manière, l'adjoint des cadres de la paie, en charge du personnel médical a pu m'apporter des précisions sur les statuts des médecins présents au sein de l'établissement. Elle m'a aussi expliqué les différentes problématiques et les enjeux de la gestion du personnel médical.

Enfin, l'adjoint des cadres de la formation étant en congé maladie pendant ma période de stage, c'est la gestionnaire de la formation qui a pu m'éclairer sur l'organisation de la formation continue à l'hôpital, et plus particulièrement sur le DPC. De plus, le bilan de formation étant lui aussi annexé au bilan social, nous devons croiser nos chiffres afin de préserver la plus grande cohérence des données.

L'élaboration du bilan social s'inscrit dans les évolutions de l'hôpital public, en effet, les politiques conduites visent à rassembler des acteurs de niveaux hiérarchiques différents et de compétences professionnelles multiples autour de projets communs, à améliorer la coordination entre acteurs et à partager les ressources et les compétences. Le bilan social permet ce lien entre les acteurs de l'hôpital. Il s'intègre dans les nouvelles pratiques du management hospitalier dans lesquelles la stratégie devient l'objectif prioritaire et la coordination entre tous les acteurs de l'hôpital, la condition nécessaire pour y répondre.

L'élaboration du bilan social m'a donc permis d'avoir des échanges tous les agents du service de la DRH et d'approfondir les activités de cette direction au-delà du recueil des données qui m'était utile pour accomplir ma mission. A l'image de la participation à l'élaboration du bilan social, le lien entre les acteurs de l'hôpital est important et s'inscrit dans une perspective de toujours assurer une certaine coordination et cohérence d'ensemble dans l'organisation et la gestion de l'hôpital.

1.2 Le rôle essentiel de centralisation et de coordination de l'AAH de la DRH dans le recueil des données

Au sein du Centre Hospitalier de Digne-les-Bains où j'ai effectué mon stage de professionnalisation, j'ai pu appréhender le rôle pivot de l'AAH au sein de la DRH dans le recueil des données utiles à l'élaboration du bilan social (1.2.1) et sa contribution indispensable dans la compilation des données pour faciliter la lisibilité de ce document (1.2.2).

1.2.1 Le rôle pivot de l'AAH à la DRH dans le recueil des données

L'élaboration du bilan social requiert le concours de plusieurs acteurs de l'hôpital afin d'obtenir toutes les informations demandées par l'instruction du 2 janvier 2013. De ce fait, il est important qu'une seule personne centralise et coordonne toutes les données récoltées.

En effet, il pourrait être envisagé que le bilan social circule entre les différents acteurs pour que chacun fournisse les données qui le concernent. Pour autant, cette hypothèse n'a pas été retenue par le Centre hospitalier de Digne dans le but de favoriser une meilleure lisibilité et une harmonisation des données. Il était donc indispensable, avec cette décision, de désigner une personne ressource. A Digne, ce rôle revient à l'AAH de la DRH. De ce fait, et compte tenu de la mission qui m'a été confiée, c'est donc moi qui a été désignée à cet effet. J'ai centralisé les données nécessaires à la construction du bilan social et coordonné leur recueil auprès des différents acteurs de l'hôpital.

En effet, et pour ce faire, j'ai élaboré des documents de travail¹⁴ pour certains indicateurs. En effet, certains tableaux de bord utilisés pour le suivi de certaines données utiles à l'élaboration du bilan social ne répondent pas aux critères du bilan social sans être retraitées. C'est le cas, par exemple, pour les accidents du travail (indicateur 19). En effet, le tableau de suivi des accidents du travail ne recense pas les tranches horaires pendant lesquelles a lieu l'accident. Or, l'élaboration du bilan social requiert cette information, tout comme celle de préciser les périodes de survenue de ces accidents « au début, au milieu ou à la fin du service », mais aussi les tranches horaires de ces accidents. Afin de répondre à ces exigences, j'ai dû reprendre chaque dossier d'accident du travail pour pouvoir recenser ces informations requises pour la plateforme ATIH. Il a donc été envisagé, pour les années suivantes, que ces informations soient renseignées

¹⁴ Annexe 3

systématiquement sur le tableau de bord relatif aux accidents du travail afin de faciliter le recueil de ces données.

Le rôle de l'AAH porte aussi sur le contrôle des données recueillies. Il est indispensable d'en vérifier la cohérence. Une grande partie du travail est consacrée à repérer les erreurs et les incohérences. Le fait que l'AAH de la DRH centralise et coordonne la récupération des données, pour faciliter l'élaboration du bilan social, permet à celui-ci de vérifier la cohérence des chiffres. Les erreurs sont plus facilement décelables.

C'est ainsi qu'il a été possible de faire apparaître et de corriger des données sur la masse salariale (indicateur 2). Le logiciel informatique donnait des chiffres qui se sont révélés immédiatement incohérents. En effet, l'AAH rattaché au service de la DRH connaît, de manière globale, la masse salariale.

La vérification des données par l'AAH semble d'autant plus justifiée que la manipulation des données chiffrées entraîne nécessairement des défaillances que ce soit des omissions, une double saisie, un mauvais relevé. Dès lors, lorsque les indicateurs sont calculés, les opérations à accomplir accentuent les possibilités d'erreurs. J'ai pu observer cette difficulté en récoltant les données. La vérification des données par l'AAH est indispensable pour corriger les erreurs. Ainsi, l'indicateur le plus problématique a été celui relatif aux CET. En effet, le service de la gestion du personnel disposait de tableau de suivi sur cet indicateur, et le système d'information n'était pas en mesure de délivrer les informations nécessaires au bilan social. J'ai donc dû faire les calculs manuellement à l'aide de documents de travail précisant les jours de CET cumulés. De plus, l'indicateur 5 tel qu'il est inscrit dans la circulaire nécessite des informations complexes puisqu'il faut ventiler les CET en fonction du sexe, mais aussi des personnels médicaux, non médicaux, soignants. Or, ce qui complique le recueil des données relatives aux CET c'est qu'il existe deux types de CET, le CET pérenne et historique. Le bilan social impose donc, à travers les données qu'il requiert, une gestion distincte du CET Historique et du CET pérenne et donc la gestion des deux CET séparément, par agent, dès lors qu'un CET aura été ouvert avant le 31 décembre 2011, pour le personnel non médical et avant le 31 décembre 2012, pour le personnel médical. De la sorte, faute d'informations automatisées, la manipulation de ces données a nécessité un contrôle minutieux, de ma part, puis de la part de mon maître de stage afin de limiter les risques d'erreurs.

L'AAH au sein d'une DRH peut donc avoir un rôle majeur dans l'élaboration du bilan social, comme c'est le cas au sein du CH de Digne-les-Bains où il est en charge du dossier. Il doit d'abord analyser avec précision les attentes de la circulaire relative au bilan

social. L'AAH doit travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des services cités dessus mais aussi avec son DRH pour avoir connaissance de la stratégie sociale poursuivie par la direction générale. L'AAH est, ainsi, le relais de la stratégie de la direction auprès des équipes. De ce fait, dans l'instruction et l'élaboration du dossier que représente le bilan social, l'attaché se doit d'étudier la législation en vigueur sur le sujet afin de transmettre les informations et les attentes sur les dossiers aux équipes. Le rôle de l'AAH dans ce cadre est de former ses équipes aux attentes.

La production de dossiers ou d'outils pour les acteurs internes et externes de l'établissement entre dans son champ de compétences. C'est le cas de la constitution du bilan social à destination de la plateforme de l'ATIH. Cette tâche permet à l'attaché de développer son expertise dans la gestion des ressources humaines puisque l'élaboration du bilan social recouvre un nombre important de domaines des ressources humaines.

1.2.2 La compilation des données pour en faciliter la lisibilité

Après la recherche et le recueil des données, l'AAH de la DRH procède à la compilation des données et à la mise en forme du bilan social.

Les dispositions légales ne précisant pas la forme du bilan social, celle-ci est laissée à l'appréciation des établissements. On constate alors une grande disparité concernant la présentation des bilans sociaux des établissements publics de santé.

La réalisation technique du bilan social implique une définition rigoureuse des termes utilisés par les textes réglementaires afin d'éviter toute erreur d'interprétation. Cette précaution m'a permis de mettre en évidence les différences qu'il existe, entre autres, entre effectif rémunéré et effectif physique. De plus, certains indicateurs requièrent des effectifs moyens. La question des effectifs met en évidence la technicité et les connaissances nécessaires en termes de gestion des ressources humaines. L'effectif rémunéré englobe l'ensemble des personnes qui reçoivent un salaire et regroupe aussi bien les titulaires que les contractuels. L'effectif physique concerne les effectifs présents au 31 décembre de l'année considérée, ou présents chaque mois selon les attentes de la circulaire du 2 janvier 2013. Ces précisions sont apportées, parfois, par ladite circulaire ou l'aide au remplissage disponible sur le site de l'ATIH.

La compilation des données par l'AAH afin d'en faire un document cohérent doit respecter les contraintes de calendrier imposées par le niveau national et les instances de l'hôpital, principaux destinataires du bilan social. En effet, ce document doit être envoyé sur la plateforme l'Agence Technique de l'Informations sur l'Hospitalisation (ATIH) avant le 30 juin, dans un premier temps, puis présenté devant les instances de l'établissement. Si la première phase consiste à ne recueillir que des données chiffrées qui seront retraitées au niveau national, la deuxième phase nécessite une analyse des données recueillies afin de faciliter leur compréhension par l'ensemble des acteurs de l'hôpital. En effet, il s'agit de commenter les chiffres rassemblés au sein de ce document. Ainsi, un indicateur est présenté sous forme de tableau, souvent accompagné d'un graphique et ensuite du commentaire. Prenons l'exemple de l'indicateur 4 relatif aux heures supplémentaires :

Indicateur n°4 : Heures supplémentaires (non encore récupérées non encore rémunérées) pour le personnel non médical et temps de travail additionnel (exprimé en demi-journées) pour le personnel médical au 31.12 de l'année de référence¹⁵

Les heures supplémentaires correspondent aux heures effectuées au-delà de la durée de travail légale de 35h hebdomadaires.

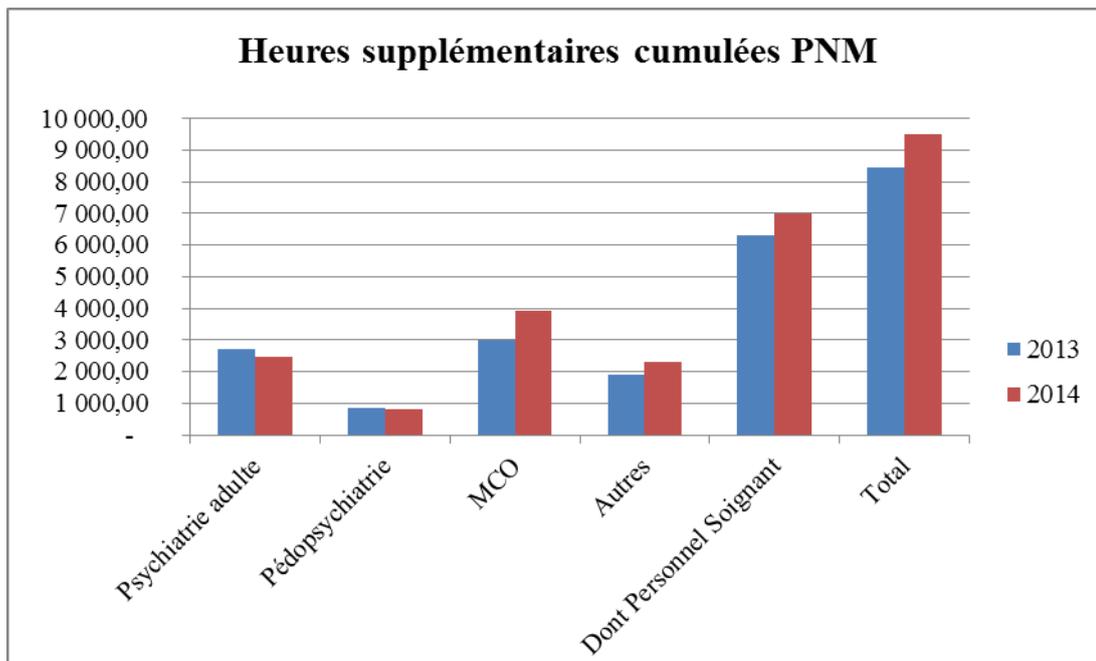
Personnel Médical :

	TOTAL		EVOLUTION	
	2013	2014	Ecart	%
Nombre de plages épargnées	375	360,5	-14,5	-3,87%

Personnel Non Médical :

	TOTAL		EVOLUTION	
	2013	2014	Ecart	%
Psychiatrie générale	2 723,91	2 485,51	-238,40	-8,75%
Pédopsychiatrie	839,46	824,50	-14,96	-1,78%
MCO	2 986,21	3 910,32	924,11	30,95%
Autres	1 917,15	2 455,11	537,96	28,06%
<i>Dont Personnel Soignant</i>	6 325,94	6 996,00	670,06	10,59%
Total	8 466,73	9 675,44	1 208,71	14,28%

¹⁵ Données issues du bilan social 2014 du CH de Digne-les-Bains



Nous pouvons constater une augmentation du nombre d'heures supplémentaires de 1208.71 heures. En revanche, cette hausse n'est pas homogène sur l'ensemble des secteurs de l'établissement. En effet, la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie connaissent une baisse de leurs heures supplémentaires.

Les données du bilan social ne font, en général, l'objet d'aucune réflexion ni d'aucun traitement préalable à leur diffusion sur la plateforme de l'ATIH. En revanche, pour la présentation aux instances, elles sont retraitées et analysées pour en faciliter leur discussion. Les données chiffrées sont donc nécessaires, mais non suffisantes pour analyser des situations ou des dysfonctionnements. En effet, elles ne permettent pas à elles seules de renseigner sur les causes d'un écart constaté entre un objectif et la réalité. Les corrélations entre plusieurs variables comme l'absentéisme et le turn-over sont difficilement réalisables ou nécessitent de croiser de nombreuses données entre elles ce qui oblige à multiplier les tableaux de bord. Le bilan social rend donc problématique les approches multifactorielles, les approches corrélées entre plusieurs indicateurs. De ce fait, le risque est de complexifier les données et de perdre en lisibilité au détriment d'une grande exhaustivité. Le bilan social pour être un véritable instrument d'aide à la décision, se doit de rester le plus transparent et le plus lisible possible¹⁶.

L'AAH a donc un rôle important à jouer dans la compilation des données qui s'opère après la première phase qui consiste à rechercher et à recueillir les données exigées par les indicateurs du bilan social. La tâche est d'autant plus fastidieuse que l'opération doit se faire pour les données relatives à l'établissement mais aussi pour les données relatives aux pôles (limitées qu'à certains indicateurs), et pour un pôle

¹⁶ CAMPAGNE C. et JEAN P, Colloque « Vingtème anniversaire du bilan social », LIRHE, Toulouse, 5-6 Juin 1997

spécifique. Le CH de Digne-les-Bains a fait le choix de se focaliser sur le pôle de psychiatrie générale. L'AAH doit donc rassembler ces données, les retraiter et les analyser afin de répondre aux obligations légales de la circulaire de 2013, mais aussi pour faciliter la discussion au moment des réunions avec les partenaires sociaux de l'établissement.

L'élaboration du bilan social illustre, dans le cas du CH de Digne-les-Bains, le rôle de centralisation et de coordination de l'AAH de la DRH. En effet, ce dernier doit rassembler l'ensemble des informations nécessaires à la construction du bilan social tout en coordonnant leur recueil auprès des différents acteurs qui en disposent. Il est important de rappeler que le bilan social est une obligation légale. De ce fait, les données ont l'obligation d'être collectées pour, par la suite, être retraitées et compilées dans un document unique. Il faut donc susciter l'intérêt des différents acteurs afin d'obtenir les informations nécessaires et répondre aux obligations en termes de calendrier. Il s'agit pour l'AAH de prioriser les données nécessaires pour le rendu sur la plateforme ATIH par rapport aux données qui seront retracées dans le bilan social présenté aux instances.

La recherche et la récolte des données détenues par les différents acteurs du Centre Hospitalier n'est pas une mission aisée. Elle nécessite beaucoup de temps et la meilleure coordination possible avec l'ensemble des acteurs sollicités pour répondre aux indicateurs du bilan social. Elle permet de faire le lien avec les autres directions fonctionnelles et de mettre en avant le rôle important de l'AAH dans l'élaboration du bilan social. En effet, celui-ci doit rechercher, récolter mais aussi être la personne ressource afin de faciliter la lisibilité du document final. Pour ce faire, les données récoltées doivent être analysées afin de permettre de participer à la définition de la politique sociale de l'établissement.

2 L'utilisation des données et les enjeux du bilan social

La récolte des données engendre une analyse et une interprétation qui permettent au bilan social d'être un véritable outil au service de la gestion des ressources humaines (2.1) tout en facilitant le dialogue social (2.2).

2.1 L'utilisation des données issues du bilan social

Le bilan social permet de définir les orientations stratégiques qui peuvent être adoptées par l'institution (2.1.1) mais aussi de trouver des pistes d'amélioration à mener dans certains secteurs (2.1.2).

2.1.1 Les orientations stratégiques dégagées par le bilan social dans la politique de l'institution et plus largement à l'élaboration des politiques publiques

L'ensemble des données récoltées font, par la suite, l'objet d'une analyse qui peut relever des missions de l'AAH, en étroite collaboration avec le DRH. Cette analyse permet alors de dégager des orientations stratégiques pour la politique de l'établissement.

Le bilan social permet de faire un constat de la situation de l'établissement sur l'année qui précède son élaboration. Si la production de ce document semble tardive par rapport à l'exercice qu'il concerne, elle permet, néanmoins d'orienter les décisions de la direction en matière de politique institutionnelle.

Le bilan social peut représenter une base solide pour la mise en œuvre d'une politique de gestion prévisionnelle rendue indispensable aujourd'hui par la conjoncture de plusieurs facteurs comme l'importance des coûts salariaux, l'évolution technologique et la transformation des emplois et des métiers. Ce document permet de jouer un rôle de plus en plus crucial dans la GPMC. En effet, cette dernière vise à optimiser le recrutement, la gestion des mobilités, et des formations par une analyse anticipée des besoins en emplois et compétences. De ce fait, l'élaboration du bilan social, par l'état des lieux qu'il propose, représente un appui important dans les orientations à suivre en matière de GPMC. Cette gestion facilite l'anticipation, à long terme, des difficultés qui pourraient être rencontrées à l'avenir en matière de gestion du personnel. Le but est de concilier à la fois les besoins collectifs et individuels des agents.

Le bilan social permet, par ailleurs, d'apprécier les besoins en matière de ressources humaines, d'un point de vue quantitatif. Le document présenté aux instances de l'hôpital présente les indicateurs sur les deux dernières années ce qui permet des comparaisons. Actuellement, au regard de la situation financière délicate du CH de Digne-les-Bains, il est important de voir apparaître une diminution des effectifs comme cela est fortement recommandé dans le CREF. Les premiers indicateurs établissent ce constat relatif aux effectifs. En l'espèce, lors de l'élaboration du bilan social, j'ai pu observer que déjà, en 2014, des efforts avaient été entrepris en matière de maîtrise de la masse salariale. Les quatre derniers mois de l'année témoignent de la volonté de maîtriser les effectifs au sein de l'établissement. Si cette baisse n'est pas visible au regard de la globalité des indicateurs, elle est pourtant réelle.

L'analyse du bilan social ne permet pas de faire seulement un constat sur la situation de l'établissement. Elle apporte, de plus, des éléments d'évaluation des politiques sociales de l'hôpital. En cela, elle contribue à établir une sorte de diagnostic de la situation sociale de l'établissement. Elle fait ressortir les caractéristiques de l'hôpital selon plusieurs critères comme l'effectif, l'absentéisme, les conditions de travail.... La présentation de deux exercices consécutifs montre que le bilan social est un document de travail dynamique, à partir duquel des décisions doivent être prises et appliquées. Cette façon de présenter le bilan social incite à faire des comparaisons qui peuvent s'avérer positives ou, au contraire négatives. En effet, la présentation de certains indicateurs en recul ou en hausse, comme c'est le cas des chiffres de la promotion professionnelle au sein du CH de Digne-les-Bains, peut susciter des réactions vives de la part des représentants syndicaux.

Le bilan social est une obligation imposée au niveau national. S'il permet de dégager des orientations stratégiques pour l'établissement, le transfert des données chiffrées au niveau national, par le biais de l'ATIH, permet aussi de donner des pistes dans l'élaboration des politiques publiques concernant l'hôpital public. En effet, chaque année, suite à la remise de ces données, l'ATIH établit une analyse des bilans sociaux issus des établissements de santé. Les données qui sont remontées permettent d'établir des constats et par là, des orientations quant à la politique à suivre ou les améliorations à apporter en matière de ressources humaines.

L'obligation imposée par l'ATIH quant au rendu des données du bilan social permet de mettre en place une démarche comparative des établissements entre eux (benchmarking). Pour autant, la comparaison des établissements de plus de 300 agents pour lesquels la production du bilan social est obligatoire, n'est pas toujours significative.

Ces données situent les établissements les uns par rapport aux autres, mais ne prennent pas en compte les spécificités de chacun. Ainsi, le CH de Digne dispose de particularités (activités de psychiatrie importante ou isolement géographique, par exemple) qui ne sont pas visibles à travers des données chiffrées brutes.

L'intérêt de ces remontées nationales est, toutefois, triple : d'abord, il permet de vérifier le respect de la réglementation pour l'emploi des personnes handicapées, par exemple. Il permet, ensuite, de connaître la situation sociale des établissements, afin de déceler les dysfonctionnements, et en fonction de cela, de pouvoir orienter la politique des établissements dans sa globalité. Enfin, il facilite l'identification de tendances, le repérage des principaux dysfonctionnements croissants et encourage des actions ciblées pour y remédier, cela avait été le cas sur la formation continue.

Le travail de recherche, de mise en forme, de contrôle des informations produites, permet à la direction de l'établissement de disposer d'informations chiffrées régulières sur la gestion des ressources humaines. Ces informations sont autant d'indicateurs, qui font apparaître les résultats des politiques suivies. Ils permettent aussi de s'interroger sur les évolutions en cours et concourent à décider de nouvelles orientations stratégiques pour la politique globale de l'établissement, et plus particulièrement en matière de ressources humaines.

Le bilan social permet donc d'évaluer, de diagnostiquer et surtout de planifier la gestion des ressources humaines à l'hôpital. Ainsi, il facilite la définition d'orientations stratégiques en identifiant et en prévenant les problèmes sociaux. Il représente une aide à la décision.

2.1.2 Le ciblage des pistes potentielles d'actions à mener

Le bilan social, par la variété et la richesse des données qu'il offre, permet de repérer les dysfonctionnements dans l'établissement mais aussi de mesurer les améliorations d'une année sur l'autre. En outre, il apporte des réponses sur l'atteinte des objectifs préalablement définis.

Le bilan social permet donc d'influencer les orientations stratégiques qui se traduisent par la conduite d'actions pour remédier à tel ou tel phénomène. Au CH de Digne, des actions ont été menées pour faciliter l'emploi des travailleurs handicapés et assimilés ce qui permet, aujourd'hui, à l'établissement de satisfaire à la réglementation en vigueur en la matière. De même, des actions peuvent être menées pour réduire

l'absentéisme. Le CH de Digne n'est pas touché par ces actions puisque son taux d'absentéisme est inférieur à la moyenne nationale. En 2013, le taux d'absentéisme dans la FPH avoisine les 11%¹⁷. En effet, certains établissements de santé sont fortement touchés par l'absentéisme. La DRH doit alors mettre en place des actions en matière de lutte contre l'absentéisme des agents. Ces actions peuvent revêtir plusieurs aspects comme l'évaluation du phénomène, l'analyse des dysfonctionnements en interne mais aussi avec des mesures plus coercitives comme l'accroissement du contrôle des arrêts maladies.

L'élaboration du bilan social permet de pointer des dysfonctionnements dans la gestion des ressources humaines. De ce fait, des actions doivent être menées pour pallier ces constats. C'est le cas, par exemple, en matière de métiers sensibles¹⁸. En effet, on peut définir les métiers sensibles comme étant les métiers qui requièrent des besoins importants (infirmiers, aides-soignants), ou qui présentent des difficultés dans le recrutement comme pour certaines spécialités en médecine (anesthésiste, psychiatre, ou pédiatre). Ces métiers font l'objet d'un recueil dans le bilan social à l'indicateur 12. Ce constat permet de mettre en place des plans d'actions pour remédier à ces difficultés. Le but est de rendre l'établissement plus attractif, notamment s'il est difficile de recruter. Une des réponses peut être la rémunération, mais le CH de Digne-les-Bains connaît actuellement une situation financière délicate ne lui permettant pas réellement d'agir sur ce levier. Il est donc important de valoriser les conditions de travail, les perspectives d'évolution, le projet d'établissement afin de favoriser le recrutement.

L'analyse des bilans sociaux élaborée par l'ATIH met en évidence, de manière globale, les secteurs des ressources humaines qui nécessiteraient des plans d'actions afin de permettre une amélioration de l'état de santé de l'hôpital public. Parmi les acteurs extérieurs, l'ATIH se présente comme celui qui tire le meilleur profit des bilans sociaux des établissements. En effet, le rendu des informations lui permet, chaque année, de constater la situation de l'hôpital public sur un échantillonnage de plus en plus important d'établissements. De même l'élaboration du bilan social par les établissements de santé permet aussi aux organisations syndicales, au niveau national, d'alimenter les débats sur les conditions de travail dans les établissements publics de santé. Ainsi, des actions peuvent être menées sur le fondement de ces discussions qui dépassent le cadre local de l'hôpital. Ainsi, la construction des bilans sociaux permettent d'élaborer des benchmarking mais aussi de représenter une certaine assise pour les revendications syndicales.

¹⁷ www.editions-tissot.fr

¹⁸ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Etude prospective des métiers sensibles de la FPH, monographie des 10 métiers et groupes de métiers sensibles, ENSP, tome 2, 2007

L'ATIH élabore chaque année un rapport rassemblant les données des bilans sociaux issues des établissements et retraitées au niveau national afin de publier des statistiques sur la situation des établissements de santé, en France : « Les résultats clés de cette analyse pour 2013 sont les suivants (certains établissements n'ayant complété que partiellement leur bilan social, le nombre d'établissements pris en compte dans le calcul diffère selon l'indicateur analysé) :

- Masse salariale chargée par ETPR (346 établissements) : 111 070 euros pour le personnel médical et 43 579 euros pour le personnel non médical
- Nombre moyen de jours de CET stockés par agent (294 établissements) : 25,3 jours pour le personnel médical et 3,3 jours pour le personnel non médical
- Taux d'absentéisme pour motif médical et non médical (244 établissements) : 3,2% pour le personnel médical (les CH ex-CHS enregistrent un taux d'absentéisme plus élevé que les autres catégories d'établissements, soit 4,0%.) et 7,8% pour le personnel non médical (les CH>70M€ enregistrent un taux d'absentéisme plus élevé que les autres catégories d'établissements, soit 8,0%).
- Taux de rotation du personnel (290 établissements) : 14,0% pour le personnel médical et de 8,9% pour le personnel non médical. Il est plus élevé dans les CH<20M€ que dans les autres catégories d'établissements.

Les métiers les plus cités comme « sensibles » sont (par ordre décroissant) :

- Pour le personnel médical : autre spécialiste, anesthésie réanimation, radiologie imagerie
- Pour le personnel non médical : masseur-kinésithérapeute, infirmier(ère) en soins généraux et infirmier(ère) en anesthésie-réanimation »¹⁹.

Le remaniement du bilan social opéré en 2012 a permis d'alléger son contenu. Cette refonte avait un double objectif : promouvoir le dialogue social et son utilité auprès des managers. Dans cette optique, le bilan social se veut d'être un véritable outil dans la définition de la politique sociale de l'établissement permettant aux managers de rechercher les pistes d'actions à mener pour répondre à cette politique.

Pour autant, on constate toujours un « investissement très inégal »²⁰ dans la réalisation du bilan social selon les établissements. En effet, certains d'entre eux en ont fait un véritable outil « facilitateur de l'action »²¹ au service de la gestion des ressources humaines. Pour d'autres, comme c'est le cas à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), le bilan social est associé à des enquêtes sur les conditions de travail

¹⁹ Extrait du rapport ATIH sur les bilans sociaux 2013

²⁰ CRISTOFALO P. « *Espoirs déçus et potentialités d'un dispositif d'ingénierie sociale en établissements* », Revue Hospitalière de France, mai-juin 2015

²¹ Ibid.

auprès du personnel. Ainsi, le bilan social participe d'autant plus pleinement au développement du dialogue social. Mais encore de nombreux établissements n'utilisent pas cet outil comme un appui à la définition de la politique sociale de l'institution ou comme un levier pour mener des actions.

2.2 Les enjeux du bilan social pour faciliter le dialogue social et la gestion des ressources humaines

Le bilan social a vocation, au-delà de la gestion des ressources humaines, de faciliter le dialogue social notamment à travers sa présentation devant les instances de l'hôpital (2.2.1) mais aussi à travers ses objectifs (2.2.2).

2.2.1 La présentation du document aux instances de l'hôpital

Le rapport Peigné²² et la mission de réforme hospitalière confiée à Edouard Couty préparent la réforme hospitalière de 1991²³. Or, un des axes prioritaires de la réforme prévoit une modernisation des relations de travail par « une gestion plus dynamique du personnel et un développement du dialogue social afin de fédérer les forces antagoniques autour d'un projet commun, le projet d'établissement »²⁴. Le bilan social a pour vocation d'être le point de départ de la construction de la politique sociale de l'établissement.

Cet objectif s'inscrit dans les perspectives de nouvelle gouvernance au sein des hôpitaux publics. Le fonctionnement de l'hôpital s'est transformé au cours des années 2000, avec la mise en place des pôles d'activité. Désormais, la gouvernance hospitalière se fonde sur une étroite collaboration entre les différentes instances participant à la gestion de l'établissement. La loi HPST de 2009²⁵ définit la nouvelle gouvernance des établissements de santé reposant sur une direction renforcée, en concertation étroite avec le directoire, sous le contrôle du conseil de surveillance.

Ce document représente un enjeu important pour les instances de l'hôpital. Il est présenté au CHSCT, au CTE et en CME²⁶, pour avis. Il permet de faire des constats sur les bases de données chiffrées étayées par des commentaires élaborés par l'AAH en

²² Rapport du Docteur Francis Peigné, « Notre système hospitalier et son avenir », 1991

²³ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

²⁴ DOMIN J.-P., « *les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital entreprise* », Journées d'histoire de la comptabilité et du management, 2010

²⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

²⁶ Articles L.714-4, L.714-16 et L.714-18 du code de la santé publique

collaboration avec le DRH. De plus, il permet, d'un point de vue stratégique d'orienter les décisions de la direction de l'établissement. En effet, certains dysfonctionnements peuvent être mis en exergue par le bilan social, tout comme les points forts de l'établissement. C'est la logique première, contenue dans le rapport Sudreau, car les représentants du personnel ne possédaient que rarement les informations sociales. L'État oblige à communiquer un certain nombre d'indicateurs et d'en débattre. C'est pour cette raison que le bilan social est soumis, pour avis, aux instances représentatives du personnel. Or, les syndicats semblent douter de l'intérêt de ce document. En effet, le bilan social présente des données plus compréhensibles que les données comptables mais les syndicats craignent que le bilan social n'entrave l'action syndicale, dans le cas où une image trop positive serait donnée de l'hôpital.

Les partenaires sociaux, principalement au sein du CHSCT, témoignent un intérêt pour le bilan social en dépit de son caractère volumineux. Les évolutions des effectifs, des promotions, les tendances touchant à l'absentéisme, aux accidents du travail et aux conditions d'hygiène et de sécurité, la mise en œuvre de la politique de formation donnent lieu à des échanges parfois vifs et fructueux. En revanche, la présentation du bilan social devant les commissions médicales d'établissement suscite, en général, un intérêt plus limité. L'exigence d'une délibération du conseil de surveillance relève sans doute d'une « formulation juridiquement ambiguë »²⁷. Le conseil de surveillance prend acte du document qui lui est présenté, il ne délibère pas véritablement, au sens de l'exercice d'un pouvoir de décision. La présentation du bilan social relève donc plutôt d'une démarche d'information obligatoire²⁸.

Le bilan social représente un instrument de diffusion de l'information au sein d'un établissement, il doit être privilégié comme un outil de dialogue social. Le bilan social est un outil d'information qui présente la particularité d'être le seul document rassemblant des données objectives concernant la situation sociale d'un établissement. Par conséquent, il doit permettre, selon le laboratoire interdisciplinaire de recherche sur les ressources humaines et l'emploi (LIRHE) « à tous les acteurs hospitaliers de parler un langage commun et être ainsi un gage de transparence dans la négociation »²⁹. A ce titre, il constitue un instrument privilégié de dialogue et de concertation avec le personnel et leurs représentants. De plus, le bilan social recouvre les principaux thèmes qui fondent aujourd'hui le dialogue social que sont les mouvements des agents, les conditions d'hygiène et de sécurité, la formation.

²⁷ CAMPAGNE C. et JEAN P., Colloque sur le vingtième anniversaire du bilan social, quelles leçons et quelles perspectives, LIRHE, Toulouse, juin 1997

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*

De plus, le bilan social s'est inscrit dans les axes prioritaires de la formation professionnelle tout au long de la vie pour 2015. Il doit, en effet, devenir un « véritable outil de dialogue social et de stratégie en ressources humaines »³⁰. Ces axes s'inscrivent dans les priorités de formation des professionnels de la FPH. Le ministère rappelle, à ce titre que « l'ensemble de ces axes prioritaires de formation tout au long de la vie et des programmes prioritaires de développement professionnel continu (DPC) a été retenu dans le cadre d'une concertation avec les membres de la commission de formation professionnelle du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH) ».

2.2.2 Les objectifs du bilan social

Le bilan social a été considéré comme un facteur de modernisation lors de son instauration, il permet de faire le lien entre la performance économique et la politique sociale de l'établissement. Les impératifs contextuels actuels qui s'imposent aux hôpitaux publics ne peuvent pas faire abstraction de la corrélation qu'il existe entre ces deux notions. De ce fait, le bilan social se présente comme la possibilité d'apporter un soutien à la gestion des ressources humaines et permet de la quantifier à travers un prisme d'indicateurs.

Lors de l'instauration du bilan social, à la fin des années 1970, le ministre du Travail, Christian Beullac, rappelait l'intérêt du bilan social dans les entreprises : « le bilan social présente un triple intérêt : logique d'abord, il nous faut instituer un bilan qui soit symétrique du bilan financier. Car l'entreprise est là pour faire vivre des hommes, elle ne connaît pas que des flux financiers. Politique ensuite, car le bilan social devrait introduire plus de « rationnel » dans les rapports sociaux. Nous souffrons en France du caractère passionnel qui affecte trop souvent les relations entre salariés et entrepreneurs ; c'est un obstacle à la recherche de solutions communes. Or, l'avenir du pays passe par une grande compréhension mutuelle. En quantifiant, on dépassionne. Dynamique, enfin, car le bilan social, épreuve de vérité, conduira les chefs d'entreprises à soigner leur image de marque sur ce point ». Ce triple intérêt peut être transposé au secteur hospitalier. Au-delà de l'intérêt qu'il présente, le bilan social a des objectifs.

Ainsi, la mise en œuvre d'un bilan social visée par la loi de 1977 poursuit trois objectifs : d'information, de concertation et de management.

³⁰ JEGU S., « *Le ministère fixe les priorités de formation des personnels des établissements de la FPH pour 2015* », Hospimédia, août 2014

Les informations présentes dans le bilan permettent à l'ensemble des acteurs d'appréhender la situation sociale de l'établissement et d'avoir alors connaissance des principales données relatives à la gestion de leurs ressources humaines. Il est le seul document à faire le point de façon globale sur la situation du personnel. Le bilan social permet donc d'informer les représentants du personnel. C'est un document unique annuel qui remplace des données éparses, disparates, fournies selon des périodicités différentes. Le comité technique d'établissement est le principal destinataire du bilan social. Il permet aussi une information des agents de l'hôpital afin de les renseigner sur les politiques de l'établissement. Il est mis à leur disposition. Le bilan social informe sur l'évolution des variables quantitatives relatives aux ressources humaines. Le bilan social est ensuite transmis au niveau national par l'intermédiaire de la plateforme de l'ATIH qui permet aux ARS d'y avoir accès.

L'accès de la tutelle régionale a d'ailleurs fait débat notamment de la part de la FHF. En effet, en 2013, consécutivement à la refonte du bilan social, et alors que seule la première partie du bilan social était transmise à l'ARS, la FHF s'inquiétait de « l'ingérence de la tutelle ». Le ministère s'empressait de rappeler que les données des pôles demeuraient « un outil de dialogue social interne ». La FHF rappelait que « si la dynamique d'analyse par pôle s'avérait pertinente, la transmission des données par pôles aux ARS, via la transmission du bilan social global, semblait contraire à l'objectif affiché et risquait de compromettre les conditions d'exercice du dialogue social local³¹.

La production du bilan social permet aussi de faciliter la concertation. En effet, le défaut ou l'insuffisance d'informations rend souvent difficile les relations professionnelles. Le bilan social se propose alors de satisfaire le besoin d'information en matière sociale pour faciliter la concertation, notamment à l'occasion des différentes réunions ayant lieu entre les acteurs de l'hôpital. Les données du bilan social peuvent ainsi être utilisées par tous les partenaires sociaux et permettre d'instaurer un dialogue positif sur des bases clarifiées. Les différentes parties vont pouvoir discuter sur la situation sociale de l'hôpital, sur ses défaillances mais aussi sur ses performances. Cette concertation est souhaitée pour faciliter les rapports avec les représentants du personnel. Il doit permettre aux représentants du personnel de justifier leurs revendications par des faits précis et la concertation devrait pouvoir entraîner des décisions pour l'avenir, éventuellement par des négociations. Il peut favoriser une fixation des objectifs futurs de façon plus concertée. De plus, le bilan social a vocation aussi à faciliter la concertation avec le personnel encadrant. Les thèmes inclus dans le bilan social ont un pouvoir mobilisateur, les

³¹ QUEGUINER T. « *Les délais de présentation du bilan social 2013 ne seront pas opposables aux hôpitaux* », Hospimédia, avril 2013

informations contenues dans le bilan social apportent une première base de travail. Ainsi, l'objectif est de donner à chaque responsable des informations lui permettant de mieux appréhender les caractéristiques essentielles de la population de l'hôpital, faciliter la compréhension des orientations des décisions prises dans le domaine social, favoriser la transparence, mais aussi de comprendre la stratégie en matière de ressources humaines ainsi que sa mise en œuvre.

Enfin, il a vocation à être un véritable outil au service du management. Cela est possible en raison des projections qu'il permet d'élaborer. Le bilan social représente un support à la gestion des ressources humaines. L'exploitation du bilan social nécessite une bonne communication à tous les services de l'hôpital. La communication peut se manifester par des réunions, des échanges avec la DRH. où doivent être apportées des explications sur les données diffusées dans le bilan social. Le bilan social dresse un constat, un état des lieux concernant la santé de l'établissement, et plus particulièrement sa santé à travers le prisme du personnel. Même s'il ne reflète pas nécessairement le climat social existant au sein de l'établissement, il permet aux acteurs de l'hôpital de dégager, en concertation, des priorités d'actions.

Le bilan social ne prétend pas résoudre les problèmes en lien avec la gestion des ressources humaines mais il permet de guider les responsables dans le pilotage des ressources humaines. Il représente un outil de management, un outil de pilotage des ressources humaines, au sein de l'hôpital. Dorénavant, le bilan social peut être considéré comme un outil de gestion « pouvant constituer un support essentiel de concertation et de négociation sociale »³². Le bilan social permet de mettre en lumière les choix qui sont opérés par la direction des ressources humaines en matière de promotions professionnelles, de formation, d'absentéisme. J'ai pu observer cette tendance et ce constat lors de l'élaboration du bilan social au CH de Digne. En effet, une restriction importante a été apportée en matière de promotions professionnelles limitant ainsi l'accès au cycle préparatoire pour le concours infirmier pour les aides-soignants. De la même manière, les candidats ayant réussi le concours peuvent se voir reporter leurs années de formation à l'école d'infirmiers afin de respecter les contraintes budgétaires imposées par CREF.

Des ambitions fortes sous-tendaient l'outil que représente le bilan social, pour autant, son exploitation sur le terrain a permis de mettre en exergue ses limites. En effet, le bilan social est davantage ressenti comme une exigence contraignante qui ne satisfait

³² CRISTOFALO P., « *Espoirs déçus et potentialités d'un dispositif d'ingénierie sociale en établissements* », Revue Hospitalière de France, mai-juin 2015

que peu ou pas aux exigences promises. Il n'est utilisé qu'à des fins d'information des partenaires sociaux et des acteurs externes, mais il n'est pas, réellement, un outil de pilotage dans la définition de la politique sociale.

Les données issues du bilan social sont analysées par l'AAH, souvent en collaboration avec le DRH. Ensemble, ils contribuent à l'élaboration de la politique sociale et prévoient les actions à mener en matière de gestion des ressources humaines. L'élaboration du bilan social de l'année 2014, portant sur des données rétrospectives, permet tout de même de comparer les chiffres annoncés avec les tendances que l'on peut déjà observer pour l'année en cours. S'il permet un appui dans la décision des orientations stratégiques à suivre, il connaît certaines lacunes dans son élaboration et dans sa finalité.

3 Les pistes d'amélioration en vue de faciliter l'élaboration du bilan social et de pallier ses limites

L'élaboration du bilan social présente un certain nombre de difficultés qui peuvent être limitées par la mise en place d'outils pour une meilleure fiabilisation des données (3.1) afin de pallier les limites du bilan social (3.2).

3.1 La mise en place d'outils au service d'une plus grande fiabilité des données

Ces outils peuvent être à la fois des tableaux de bord permettant des suivis infra-annuels (3.1.1) mais aussi la mise en place d'un système informatique plus performant afin de rendre les données plus fiables (3.2).

3.1.1 Les tableaux de bord et de suivi

L'élaboration du bilan social présente certaines difficultés. De ce fait, il est nécessaire de s'appuyer sur certains outils pour en faciliter la construction. Au cours de mon stage, j'ai donc élaboré une procédure afin de faciliter le remplissage de la maquette du bilan social reprise chaque année au sein du CH (Annexe 1 et 2). Cette procédure permet de retracer les données nécessaires au bilan social en indiquant où, dans le CH ; se situent les données utiles. Pour autant, cette fiche ne se suffit pas à elle-même, il est nécessaire de disposer de tableaux de bord et de suivi infra-annuels afin de faciliter l'élaboration du bilan social.

Les tableaux de bord permettent de visualiser une série de données de manière rapide. Ils sont un outil de pilotage et d'aide à la décision à destination des responsables, et mettent en évidence plusieurs aspects. Au sein du CH de Digne-les-Bains, des tableaux de bord sont disponibles et font le lien avec des indicateurs utiles pour le bilan social. Par exemple, il existe des tableaux de bord relatifs aux mouvements des personnels soignants (IDE, AS, ASH). L'objectif de ces tableaux est de permettre à la fois d'établir des constats, et par conséquent des plans d'actions. Un tableau de bord doit fournir des informations essentielles, significatives, de manière très synthétique afin d'être un véritable appui à la décision des responsables. Les données qu'ils contiennent doivent

permettre une prise de décision rapide et efficace. La réalisation d'un tableau de bord traduit une volonté d'agir rapidement en effectuant un suivi régulier. Un tableau de bord doit donc être un outil dynamique et susciter des réactions en alertant. Il est utile pour des réflexions communes pour la mise en place d'actions et la vérification d'effets attendus au regard d'actions engagées. Il semble donc opportun de recourir à des tableaux de bord afin d'être une aide au pilotage.

On constate deux grandes familles de tableaux de bord : les tableaux de bord à fréquence mensuelle qui sont fréquemment utilisés en gestion des ressources humaines où le mois est le cycle le plus significatif de l'organisation, notamment en cohérence avec le cycle de paie et les tableaux de bord à fréquence annuelle qui concernent principalement la stratégie et la DRH et qui poursuivent des objectifs prévisionnels à plus long terme. Les tableaux de bord intègrent alors les données globales de l'établissement. Ils sont un réel appui au management et permettent de prendre de la hauteur sur l'organisation. Ils permettent de donner une vision rapide des interrelations entre les acteurs, de pointer certains dysfonctionnements afin d'atteindre, de manière optimale, les objectifs stratégiques et, ainsi, de repositionner l'établissement dans un environnement plus général.

Les tableaux de bord doivent être adaptés aux besoins de l'hôpital et s'inscrire dans une réelle démarche volontaire de pilotage. Le contenu des tableaux de bord doit être pertinent pour les utilisateurs, et doit donc se limiter à certaines informations évitant les informations parasites qui nuiraient à leur compréhension. Ces tableaux de bord sont nécessairement plus fréquents que le bilan social. J'ai pu observer au cours de mon stage que les tableaux de bord sont souvent relatifs aux effectifs, que ce soit dans le but d'un contrôle de gestion sociale, ou pour observer les mouvements d'agents au sein de l'établissement. D'autres tableaux de bord sont construits, en rapport avec les ressources humaines, comme ceux qui sont présentés lors des réunions budgétaires mensuelles.

Ils sont surtout des outils pour les professionnels de terrain. J'ai pu l'observer lors des réunions entre les cadres supérieurs de santé et l'AAH de la DRH sur les mouvements de personnel en interne ou sur les arrêts maladie. Dans le cadre de l'élaboration du bilan social, les tableaux de bord peuvent représenter un intérêt en amont. En effet, l'outil informatique permet le recensement de certaines données. Mais l'imprécision ou le manque de fiabilisation des chiffres nécessite un support précis. Ce dernier peut être un tableau de bord permettant de clarifier, de regrouper des données suivies tout au long de l'année, et de vérifier la cohérence des données issues du logiciel informatique. Ils ont donc une importance cruciale dans l'élaboration du bilan social.

En revanche, les tableaux de bord peuvent présenter quelques limites. Ils nécessitent souvent un travail important. Ils n'emportent pas forcément l'intérêt du fait de la synthèse qu'ils présentent. Ils n'apportent pas de réelles explications. Par exemple, en ce qui concerne l'indicateur de la mobilité interne, le tableau de bord se contentera d'alerter son utilisateur sur l'existence d'un dysfonctionnement dans tel ou tel service sans en expliquer ou en rechercher les causes. Pour aller rechercher un chiffre, une évolution, le DRH préfère se référencer à des tableaux de bords plutôt qu'au bilan social qui ne donne pas une analyse assez fine pour pouvoir en extraire une réelle utilité. De plus, si les tableaux de bord se situent dans une logique de stratégie, le bilan social ne fait qu'apporter des constats sur l'année de l'exercice précédant son élaboration.

En somme, le bilan social peut être considéré comme un tableau de bord spécifique ayant comme objectif principal l'information et l'amélioration du dialogue social. Les tableaux de bord sociaux, qui prennent le relais du bilan social, sont eux d'une grande utilité, car ils sont fréquents et peuvent permettre de gérer à court terme. Les indicateurs du bilan social ne sont pas toujours très exploitables car le bilan est un document annuel, qui reflète peu le quotidien de l'hôpital. Ainsi, les tableaux de bord sociaux, construits régulièrement, peuvent être, quant à eux, de réels outils de gestion et de mesure de la politique à suivre et des actions menées en matière de gestion des ressources humaines.

3.1.2 La mise en place d'un système d'information hospitalier plus performant et plus fiable

Le Centre Hospitalier de Digne-les-Bains dispose d'un système d'exploitation informatique relativement ancien. L'introduction du logiciel AS/400 remonte aux années 1980. L'AS/400 est composée d'éléments matériels et logiciels, comportant notamment une base de données. « L'avantage de l'AS400 résidait dans la modularité de ses éléments constitutifs lui conférant un haut degré d'adaptabilité et de sécurité », selon les professionnels de l'informatique. Pour autant, si celui-ci présente certains avantages, il n'en reste pas moins qu'il ne contribue pas de manière efficace à l'élaboration du bilan social. En effet, ce système d'exploitation contient un volet « bilan social » qui permet d'éditer un certain nombre de données relatives au bilan social. Cette édition est possible grâce à un paramétrage, au préalable, effectué par le service informatique. Il est possible de recourir à un prestataire extérieur pour affiner le paramétrage des données qui ressortent, mais cette prestation est très coûteuse pour l'établissement. Or, comme cela a été dit plus haut, la situation financière du CH de Digne-les-Bains ne permet pas de faire appel à cette assistance. Lors de mon arrivée en stage, je me suis, tout de suite, attelée à

l'élaboration du bilan social. Par conséquent, avec l'aide d'une des gestionnaires de la paie, j'ai édité l'ensemble des données qu'il était possible de recueillir par le biais du système informatique. Cette étape nécessite un paramétrage qui est opéré après la configuration préalable faite par le service informatique. Cette phase permet de recueillir un certain nombre de données qui recouvrent une grande partie des indicateurs du bilan social. Pour autant, une fois l'édition de ces chiffres effectuée, il s'agit de retraiter ces données.

Or, cette étape démontre les limites de l'informatique. En effet, certaines données sont erronées. Ces erreurs doivent être liées à des problèmes de paramétrage des indicateurs du bilan social, en amont. Les données récupérées par le système informatique proviennent de la saisie des informations par les gestionnaires de tous les services de la DRH, au niveau du service de la paie, ou de la gestion du personnel. De ce fait, si la correspondance n'est pas faite entre les données saisies par ses services et l'outil informatique, le retraitement de ces données pour le bilan social ne peut s'en retrouver qu'altéré. C'est le constat que j'ai pu observer au moment du recueil des données. En effet, certaines données recueillies sont, parfois, non significatives ce qui prouve que les paramétrages ne sont pas toujours efficaces et peuvent ralentir l'élaboration du bilan social. Ce manque de fiabilité des données nécessite un travail de retraitement, d'analyse non négligeable afin de transmettre, in fine, des données les plus fiables possibles. En conséquence, le système informatique, plutôt ancien, ne permet pas de répondre à l'ensemble des exigences demandées pour l'élaboration du bilan social. Il serait nécessaire de disposer d'un système informatique plus performant et plus fiable. En effet, j'ai pu faire ce constat en raison de la mission qui m'était confiée, mais le personnel administratif, dans son ensemble, reconnaît les limites du système d'exploitation.

La modernisation du système d'exploitation informatique est en discussion. En effet, d'autres établissements sont dotés d'un logiciel, le MIPih, qui semble faciliter, en tout cas sur un certain nombre de points, notamment comme le cycle de paie, la gestion informatisée. De plus, le MIPih³³ (Midi Picardie informatique hospitalière) est le leader en France dans le système d'information hospitalier.

Il est important de rappeler l'importance d'un bon Système d'Information Hospitalier (SIH) au sein d'un établissement de santé. C'est dans cette perspective et afin de rendre les systèmes d'information plus performants, en particulier en termes de qualité et de sécurité des soins, que le ministère de la santé, en collaboration avec la direction générale de l'offre de soins, s'est engagé dans une démarche stratégique de

³³ <http://www.hospitalia.fr/20-ans-du-MiPih-leader-en-France-de-l-informatique-hospitaliere>

modernisation des systèmes d'information hospitaliers, sous le nom de « stratégie Hôpital numérique ». Cette démarche démontre la nécessité pour les établissements de santé de se moderniser pour accompagner une gestion plus efficace, et plus sécurisée, notamment du point de vue des données des patients. La sécurisation et la fiabilisation des SIH sont devenues des axes prioritaires pour l'Hôpital. Cette démarche semble justifiée au regard de l'importance de l'informatique à l'hôpital.

Le programme Hôpital Numérique est défini comme « une évolution importante par rapport aux plans d'investissements précédents (...), il permet d'agir sur l'ensemble des leviers structurels permettant le déploiement des SIH en France. D'une durée de 6 ans, il vise entre autres, à conduire l'ensemble des établissements de santé vers un niveau de maturité de leur SIH. Ce niveau de maturité est défini par l'atteinte de cibles d'usage sur 3 prérequis (identités/mouvements, fiabilité /disponibilité, confidentialité) et 5 domaines fonctionnels (résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie, dossier patient informatisé et interopérable, prescription électronique alimentant le plan de soins, programmation des ressources ; Pilotage médico-économique) »³⁴. Le but de la modernisation des SIH est l'amélioration de la performance des établissements publics de santé. Il s'agit donc d'acquérir une façon optimale de se comparer pour alimenter le dialogue de gestion, y compris avec les acteurs externes à l'établissement et mettre en œuvre la vision stratégique de la structure. Les établissements de santé disposent de données de plus en plus nombreuses et complexes, provenant de plusieurs sources différentes comme le bilan social, la SAE, ...). De ce fait, pour analyser et gérer toutes ces données, la performance du SIH est primordiale et nécessite une rationalité de ces référentiels afin de réduire les difficultés liées à cette multiplicité des sources d'informations.

Actuellement, en moyenne 63% des établissements ont informatisé la production de leur bilan social. Cette moyenne est encore plus élevée pour les établissements publics, supérieure à 75%³⁵. Il semble donc important pour le CH de Digne-les-Bains, afin de pallier les difficultés liées à l'élaboration du bilan social, mais surtout, et avant tout, pour permettre une plus grande sécurité des données, davantage de fiabilité, de moderniser son SIH. Dans cette optique, la direction est en cours de discussion sur ce point. La modernisation du SIH pourrait être une priorité du programme d'investissement pour l'année prochaine.

³⁴ BONTHOUX T., DELPLANQUE S., MORVAN T., « Comprendre les problématiques d'un projet de pilotage médico-économique », ANAP, mai 2015

³⁵ DGOS, Atlas 2015 des SIH, « *Etat des lieux des SIH* », mai 2015

Le développement du SIH est un enjeu majeur qui s'est inscrit au cœur du plan Hôpital 2012. Le but étant de réussir à mettre en œuvre des solutions informatisées comme le dossier patient de manière cohérente afin d'assurer une meilleure récupération et gestion des données et des informations délivrées, tout en facilitant les relations entre les différents acteurs de l'hôpital. Le déploiement d'outils informatiques n'est pas toujours aisé à l'hôpital encore moins dans les services de soins. En effet, s'ils peuvent représenter un gain de temps, leur installation nécessite d'abord un temps d'adaptation qui peut être chronophage dans les services de soins.

3.2 Les limites du bilan social

Les limites du bilan social sont à la fois de nature quantitative (3.2.1) mais aussi qualitative (3.2.2).

3.2.1 L'excès de données quantitatives

Le bilan social porte en lui ses propres limites. Il agrège un nombre important, sans doute trop, de données, pour rendre son interprétation aisée. Les indicateurs présents dans le bilan social permettent une vision d'ensemble des ressources humaines. Pour autant, leur nombre ne permet pas de distinguer ce qui est important de ce qui l'est moins. De plus, les informations ne sont pas toutes exprimées de la même manière mêlant des pourcentages et des valeurs nominales. Les valeurs ne sont pas toutes calculées de manière identique. J'ai évoqué plus haut la question des effectifs. Certains indicateurs requièrent des effectifs moyens, d'autres des ETPR, ou des effectifs physiques. Ces modalités apportent parfois de la confusion à la lecture du bilan social mais aussi dans son élaboration. Il est important de veiller à respecter les consignes édictées par la circulaire de 2013, en la matière.

Le terme même de « bilan » peut être remis en cause. En effet, il dresse avant tout un état des lieux sans mettre en balance des données positives et négatives comme cela se retrouve dans un bilan comptable. Dès lors, les agents se retrouvent confrontés à une série importante de chiffres et ne peuvent pas en déduire tous leurs sens. Il est donc difficile de s'approprier cet ensemble d'informations afin d'en ressortir une signification.

Il semblerait donc opportun de diminuer cette masse informationnelle afin d'accroître la compréhension de celui-ci. De plus, le bilan social est un document, certes

unique, mais qui perd de son sens en raison de l'accumulation de données chiffrées agrégées. Pour faire du bilan social un réel outil utile, il faudrait pouvoir simplifier son contenu. Pour ce faire, le choix d'indicateurs pertinents serait fondamental. Les commentaires apportées en sus des données, notamment à destination des instances de l'hôpital, et dans l'optique d'en faire un véritable outil de management, ne suffisent pas forcément pour donner tout son sens au bilan social.

A l'heure actuelle, au sein du Centre Hospitalier de Digne, il permet de synthétiser des tableaux de bord existants qui servent d'appui aux décisions des directeurs. De ce fait, son utilité est réduite, d'autant plus, qu'il permet de dresser un constat a posteriori puisqu'il porte sur l'année antérieure à l'exercice en cours. Selon des témoignages recueillis par des établissements de santé, le caractère « foisonnant et hétérogène »³⁶ du bilan social nuit à l'utilité qu'il pourrait représenter. « Les conditions de production du matériau le rendent difficilement exploitable : des colonnes qui s'ajoutent d'une année sur l'autre, des effectifs qu'on retrouve dans un tableau mais pas dans les suivants. Cela empêche de mettre les chiffres en perspective pour leur donner du sens »³⁷.

Il serait pertinent, en plus, de rajouter au sein même des bilans sociaux des établissements, les moyennes nationales afin qu'une réelle comparaison puisse être faite, et ainsi amener l'établissement à mener des actions afin d'atteindre les objectifs nationaux. Cela permettrait aussi de situer l'établissement, par comparaison, même si tous les établissements de santé ne disposent pas des mêmes caractéristiques, des mêmes contraintes ou des mêmes situations sur le territoire de santé auxquels ils appartiennent.

Les inconvénients pointés sur le bilan social ont conduit à l'élaboration de préconisations afin de favoriser son utilisation. Le rapport Noiré de 2009 préconise, ainsi, une amélioration du bilan social. La refonte du bilan social a permis d'alléger son contenu, mais pour autant, il n'est toujours pas un réel reflet du climat social présent au sein des établissements de santé. De plus, il n'est pas représentatif du point de vue de la qualité vu qu'il s'agit, avant tout, de données quantitatives. Le caractère quantitatif et l'abondance de données avaient déjà été soulevés par des auteurs qui s'inscrivaient dans un courant critique du bilan social, comme R. DANZINGER, en 1984, dans l'un de ses ouvrages. Le bilan social est loin d'être, encore aujourd'hui, un outil stratégique. D'abord, parce qu'il est avant tout statistique, ce qui le rend encore difficilement utilisable et utilisé à des fins

³⁶ CRISTOFALO P., « *Espoirs déçus et potentialités d'un dispositif d'ingénierie sociale en établissements* », Revue Hospitalière de France, mai-juin 2015

³⁷ Ibid.

stratégiques. D'autant plus que les données agrégées manquent parfois d'articulation entre elles.

Le bilan social, pour être compris et exploité, doit être assorti de commentaires et de graphiques, permettant une meilleure lisibilité. C'est ce qui est actuellement réalisé depuis sa refonte. Cependant, les DRH sont contraints dans les explications qu'ils écrivent sous les données recueillies et retraitées dans des tableaux. Le document se doit de garder une certaine neutralité. D'autant plus que certains sujets sont très sensibles au sein des établissements de santé. Or, le bilan social fait l'objet d'une présentation aux instances. Il semble donc opportun de donner des explications à certaines données permettant l'émergence de discussions constructives en séance.

Comme il l'a été dit plus haut, le bilan social est présenté sous la forme d'indicateurs précis et multiples qui doivent être rigoureusement respectés. Le bilan social n'est autre qu'un point de la situation sociale de l'établissement à un instant donné sur la situation de l'année qui vient de s'écouler, mettant à disposition de ses destinataires des données quantitatives brutes.

Cette abondance d'indicateurs chiffrés traduit la volonté du législateur de privilégier l'information brute considérée comme la plus objective. Pour autant, il semble nécessaire d'assortir ces données brutes de commentaires et pallier l'excessivité de ces données brutes rassemblées en un seul et même document. C'est pourquoi, il faut pondérer ces données par des commentaires qui permettent de restituer ces chiffres dans leur contexte.

3.2.2 La nécessité d'un reflet plus qualitatif des données recueillies

Le bilan social est un document qui recense toutes les données sociales de l'établissement sous un aspect quantitatif : nombre d'agents, montant de la masse salariale, volume d'heures supplémentaires par agent, etc.,

De ce fait, il ignore certains renseignements qualitatifs et recentre le résultat sur des données strictement statistiques sans une interprétation qualitative. Au moment de l'analyse et de l'interprétation de certaines données recueillies, certains chiffres semblaient peu « parlant » voire même, parfois même, pouvaient prêter à confusion s'il l'on se contentait d'une lecture sommaire. L'élaboration d'un document aussi riches de données et dont le temps de travail nécessaire est conséquent justifierait qu'il rende objectivement

compte du climat social de l'établissement. C'est sans doute là, la plus grande lacune du bilan social. En effet, il ne permet pas de saisir le climat social qui règne au sein de l'établissement. Les données chiffrées ne permettent pas de saisir le climat au sein des services, les ressentis de l'ensemble du personnel. Ce climat social, important pour l'équilibre interne de l'établissement, reste donc difficile à percevoir. Aucun indicateur ne permet de retracer, notamment, l'expression du personnel.

D'ailleurs, la refonte du bilan social avait un objectif ambitieux de « d'anticiper et de prévenir les évènements (financiers, humains, organisationnels) et de faire du bilan social un réel outil de management ; de mettre en valeur les résultats et les bonnes pratiques ; d'objectiver la mise en œuvre d'une réflexion stratégique ; de favoriser le dialogue social et l'appropriation de la thématique des ressources humaines (par les organisations syndicales, par les pôles et par les agents via une dimension métier) »³⁸. Or, le bilan reste un document, certes riche en informations, mais auxquelles il est difficile de donner un sens³⁹ comme le soulignent certains auteurs. Ce ressenti apparaît transposable au secteur public. Les objectifs de la réforme du bilan social ne semblent pas atteints, mais peut-être est-il encore trop tôt, pour en juger avec le recul nécessaire.

Pour autant, le bilan social demeure, conformément à l'un de ces objectifs, être conçu comme un véritable outil de pilotage institutionnel favorisant le dialogue social et la gestion des ressources humaines. Par exemple, le bilan social semble pouvoir permettre d'apprécier, d'un point de vue quantitatif, un certain nombre de données relatives à la gestion du personnel (mouvements du personnel, taux de turnover, âges des agents, ...). Cette perspective permet de s'approcher avec une certaine objectivité l'adéquation des moyens aux besoins.

Afin de favoriser une approche davantage qualitative, peut-être faudrait-il envisager le calcul de ratio, comme cela se fait dans le secteur privé. En effet, cela permettrait d'établir un diagnostic de la situation l'hôpital en identifiant ses caractéristiques. Cela permettrait également de réaliser l'examen de la politique sociale ainsi que les objectifs de la stratégie sociale.

L'utilisation de ratios semble être de plus en plus employée en matière de ressources humaines, comme en analyse financière avec la prise en compte du taux de marge brute. Les ratios nationaux permettent des comparaisons avec les données de l'établissement et ainsi facilitent la détermination du positionnement de l'établissement. Ils

³⁸ Indicateurs du bilan social, scansanté, mars 2014

³⁹ IGALENS Jacques et PERETTI Jean-Marie, le bilan social de l'entreprise, PUF, 1997

ont, en contrepartie, le désavantage de ne pas prendre en compte les spécificités locales mais ils répondent à l'exigence d'objectivité comparative quantitative.

Par exemple, l'indicateur 14 (exemple ci-dessous) du bilan social permet d'apprécier de manière qualitative la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). Cet indicateur démontre qu'une appréciation davantage qualitative peut être réalisée sur le bilan social.

Indicateur n°14 : Analyse de l'adéquation des moyens humains avec l'activité

Des Maquettes d'organisation élaborées par la DS et la DRH représentent l'outil de suivi principal pour une mise en adéquation des effectifs au regard de la discipline du service et du nombre de lits. Ces maquettes font l'objet d'une remise à jour à chaque changement de périmètre des organisations.

Des études de charges de travail ont été élaborées en 2010 en MCO et en psychiatrie par la direction des soins. La Direction des Soins définit en fonction de la charge de travail et du nombre de lits disponibles les besoins humains en effectif pour le personnel non médical. A titre d'illustration, lors des restructurations début 2011, les effectifs ont été revus et calculés sur la base du poids moyen de patient.

L'absentéisme peut être de nature à perturber l'adéquation entre besoins et effectifs présents. Les solutions pour y remédier : appel à l'équipe de suppléance, rappels d'agents en repos, remplacement extérieur (limité pour des raisons financières). L'effectif de l'équipe de suppléance composé d'IDE/ISG et AS a été calculé en MCO sur la base de 8 % d'absence. Certains services, du fait notamment de la technicité particulière requise, intègre dans ses effectifs le remplacement (réanimation, urgences, maternité, consultations, UCSA). En cas de surcroît ponctuel d'activité, ce qui a été le cas en UCOTS, il a été fait appel à l'équipe de suppléance. En cours d'année, une évaluation de l'activité du service (nouvelle configuration) a abouti à la création d'un poste supplémentaire d'ISG.

Au regard du nombre important de données quantitatives, il serait, sans doute, envisageable de réduire le nombre d'indicateur afin de sélectionner les plus pertinents et favoriser une approche, toujours globale, mais plus approfondie. L'importance du nombre de données quantitatives nuit, peut-être, à son utilisation telle qu'elle était prévue dans l'esprit de la refonte initiée en 2012.

Des préconisations peuvent donc être apportées en matière d'élaboration du bilan social afin d'en limiter ses difficultés de recueil comme la construction des tableaux de bord construits en amont afin d'en faciliter le recueil par les services concernés. Ces

tableaux de bord se doivent d'être calibrés pour répondre aux exigences de la circulaire. Si l'on en revient à l'indicateur relatif aux accidents du travail, connaître le moment de l'accident dans la journée de l'agent peut représenter une donnée pertinente mais connaître l'heure exact de l'accident, ne semble pas apporter une pertinence supplémentaire alors que le recueil de cette donnée est difficile et lourde.

Les établissements de santé sont contraints de renvoyer leurs données à l'ATIH, il semble donc nécessaire de faciliter cette transmission d'autant plus que le bilan social fait par la suite l'objet d'une présentation aux instances de l'hôpital. Il semble aussi opportun de formater en amont la maquette du bilan social afin de préparer son remplissage d'une année sur l'autre.

Au CH de Digne, la piste d'amélioration la plus pertinente serait liée à l'amélioration du SIH. Au niveau national si une réflexion a déjà été menée conduisant à la refonte du bilan social, sur le terrain, il est clair que certains indicateurs semblent encore peu pertinents au niveau local, mais n'ont d'intérêt que pour leur retraitement au niveau national.

Conclusion

Depuis la mise en place du bilan social dans les établissements publics de santé de plus de 300 agents, les directeurs des ressources humaines préparent le bilan social, document réglementaire dont, les inconvénients sont parfois plus visibles localement, que les réels avantages. Cette obligation est chronophage davantage dans le recueil des données que dans leur exploitation. Si son utilité pourrait être réelle, le foisonnement d'informations qu'il contient le réduit à n'être qu'un support d'informations dépourvues de sens et dont les enjeux peinent à être dégagés. En cela, il est important de disposer d'outils pratiques permettant une élaboration plus rapide et plus efficace du bilan social, et d'un système d'information adapté pour en faciliter la construction et la fiabilisation des données.

En dépit de la refonte réglementaire relative au bilan social, ce dernier demeure encore très volumineux. Les objectifs qui lui étaient fixés ne semblent pas complètement atteints notamment en tant qu'outil de pilotage stratégique. De ce fait, la pertinence du bilan social peine à être perçue par certains acteurs des établissements. Il est parfois même perçu comme une sorte de contrôle déguisé du niveau national.

Au-delà des problématiques liées à son élaboration, le bilan social présente des limites quant à sa finalité. La politique de l'établissement est définie par le directeur d'établissement qui doit s'inscrire dans les contraintes édictées au niveau régional, et plus largement, au niveau national. De ce fait, les marges de manœuvre et les perspectives d'actions sont perçues comme limitées au sein même de l'établissement

Le bilan social ne permet un diagnostic efficace, que s'il s'accompagne d'outils d'analyse complémentaires. Le bilan social fait aujourd'hui partie des procédures routinières. Son élaboration devrait être de plus en plus facilitée, ce qui ne peut se faire sans l'appui d'un système d'information performant.

Malgré les limites que pose le bilan social, celui-ci conserve indéniablement un intérêt majeur. Il permet à la fois de conserver les données sociales des établissements de santé mais il permet aussi aux instances d'exercer une sorte de « contrôle social », tout comme les acteurs externes à l'hôpital. Le bilan social permet d'avoir, dans les grandes lignes, la santé de l'hôpital et disposer des tendances de fond. De plus il permet une réponse au questionnement des partenaires sociaux à ce sujet.

Mais il n'est pas, aujourd'hui, une réponse véritable pour la gestion des ressources humaines dans le sens où il ne constitue pas un réel outil de pilotage. Il peut alerter sur

des points généraux mais les indicateurs ne permettent pas une action rapide, de proximité, ni un accompagnement pour les professionnels de santé qui sont sur le terrain, notamment comme les cadres supérieurs en charge de l'organisation des services au sein des pôles d'activités médicales.

La mission qui m'a donc été confiée a été très formatrice. Elle m'a permis de réellement développer mes compétences et mes connaissances en matière de ressources humaines. J'ai ainsi pu percevoir la diversité et la richesse qu'englobe la direction des ressources humaines et l'importance d'un dialogue social éclairé par des données objectives expliquées et validées.

Sources et bibliographie

Textes juridiques et réglementaires

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 77-769 du 12 juillet 1977 relative au bilan social de l'entreprise

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012 portant modification du décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALE ET DE LA SANTE. Arrêté du 5 décembre 2012 fixant les modalités d'adoption et le contenu du bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret 2013-627 du 16 juillet 2013 modifiant le décret 86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements de la fonction publique hospitalière

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Instruction N°DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Ouvrage

DANZINGER R., Le bilan social, outil d'information et de gestion. Dunod, 1984, 189 pages.

IGALENS J. et PERETTI J.-M., Le bilan social de l'entreprise. Puf, 1997, 127 pages.

Article

CRISTOFALO P., « *Espoirs déçus et potentialités d'un dispositif d'ingénierie sociale en établissements* », Revue Hospitalière de France, mai-juin 2015, pp.38-41

FONTAINE-GAVINO K. et ZAMBEAUX A., « *Bilan social et tableau de bord : des outils de pilotage au service des ressources humaines* », collection les diagnostics de l'emploi territorial, décembre 2005

DOMIN J.-P., « *les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital entreprise* », Journées d'histoire de la comptabilité et du management, 2010

BONTHOUX T., DELPLANQUE S., MORVAN T., « Comprendre les problématiques d'un projet de pilotage médico-économique », ANAP, mai 2015

CAMPAGNE C. et JEAN P., Colloque sur le vingtième anniversaire du bilan social, quelles leçons et quelles perspectives, LIRHE, Toulouse, juin 1997

JEGU S., « *Le ministère fixe les priorités de formation des personnels des établissements de la FPH pour 2015* », Hospimédia, août 2014

QUEGUINER T. « *Les délais de présentation du bilan social 2013 ne seront pas opposables aux hôpitaux* », Hospimédia, avril 2013

Indicateurs du bilan social, scansanté, mars 2014

Rapport et étude

RAPPORT Bilan sociaux des établissements publics de santé, ATIH, 2012

RAPPORT du comité d'étude pour la réforme de l'entreprise dit rapport Sudreau,. Documentation française, 1975.

RAPPORT de la Chambre régionale des comptes portant sur la gestion du CH depuis 2006, janvier 2014

RAPPORT ATIH sur les bilans sociaux 2013

RAPPORT du Docteur Francis Peigné, « *Notre système hospitalier et son avenir* », 1991
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Etude prospective des métiers sensibles de la FPH, monographie des 10 métiers et groupes de métiers sensibles, ENSP, tome 2, 2007

DGOS, Atlas 2015 des SIH, « *Etat des lieux des SIH* », mai 2015

Webographie

www.ministèredelasanté.fr

www.travail.gouv.fr

www.atih.sante.fr/thematique/ressources-humaines

www.insee.fr

www.octime.com

www.edition-tissot.fr

www.hospitalia.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Aide au remplissage du bilan social – Personnel non médical

Annexe 2 : Aide au remplissage du bilan social – Personnel médical

Annexe 3 : Exemple de document de travail pour la compilation des données – Accidents du travail

Annexe 4 : Extrait du bilan social 2014 du CH de Digne-les-Bains

Annexe 1 : Aide au remplissage du bilan social pour le personnel non médical

Bilan Social 2014

Etablissement – Personnel non Médical

Les documents utilisés pour la construction du bilan social sont dans le dossier du bilan social classé par indicateurs.

Indicateur 1. ETPR

- Données extraites du **tableau de suivi des effectifs** (par catégorie et par filière)
- Age moyen tiré de l'AS400

Indicateur 2. Masse salariale

- Données de l'AS400 du tableau récapitulatif de la masse salariale
- Pas d'évolution du point d'indice en 2014
- Pour l'évolution de la masse salariale liés aux mesures catégorielles, il faut prendre en compte les heures supplémentaires et les CET monétisés (médicaux et non médicaux) divisés par la masse salariale globale x100
- Pour la GVT : cout CAPL / masse salariale (tableau de suivi qui donne le chiffre de la GVT) x100
- Pour les contributions sociales et patronales, prendre en compte le montant de l'évolution divisé par la masse salariale x100

Indicateur 3. Emplois intérimaires

- Absence d'emplois intérimaires dans la structure pour le PNM

Indicateur 4. Heures supplémentaires

- *Heures supplémentaires non récupérées non rémunérées* : données tirées d'**octime dans suivi des heures cumul** (006. Niveau 1 et période à choisir) pour la psy (additionner sud et nord), la pédopsychiatrie, la MCO et autres (DIM+DAF+DG+DCLI+DAE+DRH+DS+SIH) **au 31/12** (évite de prendre les personnels non gérés)

Indicateur 4.1. Heures supplémentaires par métier

- *Heures supplémentaires non rémunérées* pour 3 métiers différenciés (AMA, infirmiers (IDE+IADE+IBODE+Puer+IDE.Formatrice), AS) => **données octime** du suivi des heures cumul par poste (006) au 31/12
- *Heures supplémentaires rémunérées* : données de l'AS400 sur les états des dépenses du personnel pour les Aides-Soignants et les infirmiers (2014 pas d'heure supplémentaires payées pour les AMA). Les infirmiers regroupent les ISG, les IADE et les infirmiers classe normale et supérieure

Indicateur 4.2. Heures supplémentaires par genre rémunérées et non rémunérées

- Non rémunérées : prendre les données octime suivi des heures CUMUL par genre et divisé par le nombre d'agents ayant effectué des heures supplémentaires au 31/12
- Rémunérées : se référencer aux états de dépenses personnel rubrique 150B à 153B-DISITNGUER LES HOMMES ET LES FEMMES – additionner la base de chaque genre et diviser par le nombre d'homme ou de femme ayant effectué des heures supplémentaires payées.

Indicateur 4.3. Nombre d'heures supplémentaires par agent

- Reprendre les données de l'indicateur précédent et diviser par le nombre d'agent (effectif physique au 31.12)

Indicateur 4.4. Nombre d'heures supplémentaires rémunérées sur l'année

- Données de l'AS400

Indicateur 4.5. Montant des heures supplémentaires rémunérées

- Données AS400

Indicateur 5. CET

- Se référer au tableau de suivi des CET historique et pérenne de la gestion. Trier les agents selon leur corps (soignant et autres).
- Prendre en compte les CET Historique et Pérenne avec et sans option
- Le montant de la provision réelle est à demander au service des finances
- La valorisation des CET est obtenue en additionnant les montant des soldes de CET (Historique + Pérenne)
- Le montant des CET monétisés est une donnée AS400

Indicateur 6. Taux d'absentéisme-durée moyenne des absences-taux d'absentéisme par classe d'âge

- Données de l'As400 sur le taux d'absentéisme
- Veiller à ce que les données de l'indicateur 6 et 6.1-6.2 soient concordantes

Indicateur 7. Taux de turnover

- Données de l'AS400 sur le turnover

Indicateur 8. Taux de mobilité interne du personnel

- Se référer au tableau de suivi des mouvements de la gestion (départs et arrivées)

Indicateur 9. Agents en horaires dérogatoires

- Seulement les sages-femmes sont concernées

Indicateur 10. Nombre de promotions professionnelles

- Données du service de la formation
- Pour le nombre de refus de promotions professionnelles, se référer aux dossiers de la DG dans lesquels se trouvent les refus et les acceptations des candidatures après les commissions de sélection

Indicateur 11. DPC

- Les chiffres inscrits dans le bilan social de 2014 concernent les personnes parties en formation et relevant du DPC (de ce fait, les données ne retranscrivent pas réellement les données relatives au DPC mais plus généralement la formation des personnels concernés par le DPC)
- En ce qui concerne les ressources internes consacrées au DPC, les chiffres inscrits dans le bilan social 2014 comptabilisent les formateurs de l'AFGSU

Indicateur 12.1. Pyramide des âges

- Données extraites des tableaux croisés dynamiques relatifs aux effectifs
- Calcul de l'âge à partir des dates de naissances inscrites dans le tableau pour le PNM, les soignants, les IDE
- De même pour les PM ; données extraites du tableau croisé dynamique des effectifs du PM
- *Pour élaborer la pyramide des âges : faire un tableau homme-femme en fonction de l'âge ; puis créer une colonne (homme ou femme) en faisant passer les chiffres en négatif. Sélectionner ensuite insertion graphique « barres groupées » puis sélectionner les données homme et femme (avec l'une des colonnes négatives)*

Indicateur 13. Attractivité et fidélisation du personnel infirmier

- Récupération des données relatives au recrutement des IDE (ne pas prendre en compte mise en stage, dispo, réintégration) ->[tableau de la gestion « mouvements » des IDE](#)
- Vérifier la présence des personnels recrutés au 31.12 de l'année de référence
- Puis vérifier la présence des personnels recrutés les années précédentes sur l'année de référence au 31.12
- *Exemple : 24 infirmiers ont été recrutés en 2014, au 31.12.2014, seulement 18 étaient encore présents donc $18/24 = 75\%$*

Indicateur 15. Réunions de concertation en dehors des réunions institutionnelles

- Données de la DG tirées des agendas des directeurs

Indicateur 16. Heures syndicales octroyées ou utilisées

- Le chiffre de 2014 concerne les heures réellement utilisées par les syndicats

Indicateur 17. Nombre d'heures de grève des PNM

- Données à récupérer auprès du service de la paie
- Données de l'AS400 relatives aux retenues pour journées et heures de grève (état des dépenses personnel)

Indicateur 18. Droits et moyens syndicaux

- Données de l'AS400 (écarts par rapport à 2013 dus au nouveau paramétrage des articles 13-15 et 16)
- Les refus d'ASA sont tirés de l'AS400 (paramétrage FORE-CGRE)
- Les heures syndicales calculées au titre du crédit global de temps syndical sont le résultat des élections professionnelles (les données devraient donc changer en 2015 suite aux élections professionnelles de décembre 2014)
- Les heures syndicales mutualisées sont répertoriées dans un tableau transmis par l'ARS avec la compensation financière qu'elles représentent

Indicateur 19. Accidents de travail

- Données de la gestion (tableau récapitulatif des accidents du travail avec causes et arrêt de travail) – ne pas prendre en compte les rechutes
- Nombre de jours de congés maladies suite à un AT (données AS400)
- Les causes d'AT sont à retravailler en fonction du tableau récapitulatif de la gestion, il en est de même pour les indicateurs suivants

Indicateur 20. Maladies professionnelles

- Données AS400

Indicateur 21. Responsabilité sociale

- Travailleur handicapé : cf. chiffre du fiph
- Changement d'affectation pour raisons de santé : service de la gestion
- Causes de reclassement : service de la médecine du travail
- Contrats aidés : données de tableau croisés dynamiques
- Contrats d'apprentissage : aucun
- Données tirées du [tableau de suivi des stages](#) (service formation continue) pour le nombre de stagiaires accueillis

Indicateur 22. Document unique

- Demander les informations au service de la DAE
- Le PAPRIACT voté le 12 juin 2015 en CHSCT permettra aux axes de prévention et d'action d'être pris en compte pour le bilan social 2015

Indicateur 23. Thématique de l'égalité homme-femme

- Données de l'AS400 sur l'égalité professionnelle homme-femme
- Temps partiel : extrait des tableaux croisés dynamiques de suivi des effectifs
- Part des primes dans les rémunérations : utiliser le [tableau du suivi des crédits de personnel](#)
 - Prime des titulaires et stagiaires : somme des NBI et indemnités de résidence + supplément familial + autres indemnités
 - Prime des CDI : somme du supplément familial + indemnités de préavis + autres indemnités
 - Prime des personnels de remplacements : somme du supplément familial + autres indemnités
 - Prime PH : somme des primes PH et primes PH temps partiel
 - Permanences des soins

Annexe 2 : Aide au remplissage du bilan social pour le personnel médical

Bilan Social 2014

Etablissement – Personnel Médical

Les tableaux mentionnés dans le document se retrouvent dans : échange inter-drh – affaires médicales échange service

Indicateur 1. Effectifs ETPR

- Pour retrouver le nombre d'ETPR du PM, il faut consulter les [tableaux croisés dynamiques des effectifs](#), extraire les données relatives au PM dans un, [tableau Excel pour calculer les ETPR médicaux en distinguant Homme et Femme](#).
- Le taux d'évolution =
$$\frac{\text{Total ETPR } n - \text{Total ETPR } n-1}{\text{Total ETPR } n-1}$$

Indicateur 1.1. Effectifs ETPR par statut et âge

- A partir des données extraites du tableau précédent, on peut classifier les personnels médicaux par statut et donc en déduire les ETPR (les praticiens contractuels regroupent les praticiens contractuels, les praticiens adjoints contractuels et les remplaçants). Les ETPR relatifs aux remplaçants sont calculés à partir du [tableau de suivi des remplacements sur l'année n](#) (nb de jour travaillé/365) dont on fait la somme.
- Les données de l'âge moyen sont tirées de l'AS 400

Indicateur 2. Masse salariale

- Données extraites du [tableau du suivi des crédits de personnel](#) de l'année n « tous budgets ». Il faut se référer au total médical qui donne le chiffre de la masse salariale

Indicateur 3. Taux d'évolution des dépenses correspondant à l'emploi de personnels intérimaires du PM

- La dépense totale brute liée à l'emploi des intérimaires correspond au montant que l'on retrouve sur le [tableau de suivi des remplacements](#)

Indicateur 3.1. Nombre de journées rapportées en ETP effectuées par les personnels intérimaires

- Nombre de jours total du [suivi des remplacements](#) sur l'année n / ETP mensuel (ETP mensuel = nb de jour de remplacements / 365)

Indicateur 4. Temps de travail additionnel (exprimé en demi-journées)

- TTA des psychiatres uniquement car non rémunéré ; pour les autres PM, à savoir urgentistes et réa, le TTA est payé (se référer au [tableau récapitulatif des TTA par quadrimestre](#))

Indicateur 4.1. Nombre de plages de temps de travail additionnelles

- Idem que indicateur 4.

Indicateur 4.2. Nombre de TA par agent ayant effectué des TA par genre

- Se référer aux [tableaux de suivi des TTA des différents quadrimestres de l'année n](#) des médecins qui ont effectué les TTA et les comptabiliser en fonction de leur genre. Comptabiliser les plages de TTA rémunérés des femmes et des hommes et divisé par le nombre de femmes ou d'hommes. *Par exemple pour 2014 : les femmes ont effectué 42.5 plages rémunérées sur 305.5, et 5 femmes ont effectué ces plages de TA donc $42.5/5 = 8.5$. De même pour les hommes, $305.5/42.5 = 7.19$ => $263/16 = 16.44$.*
- On procède de la même façon pour les TTA non rémunérés des psychiatres d'après le [tableau récapitulatif des TTA des psychiatres](#).

Indicateur 4.3. Nombre moyen de TTA par agent ayant effectué des TTA par genre

- Total du nombre de plages rémunérées des urgentistes et des réanimateurs d'après le [tableau récapitulatif des TTA Urgences+réa](#) divisé par le nombre de médecins total de l'établissement (que l'on retrouve à partir des données extraites pour l'indicateur 1.)
- De même pour le non rémunéré : [total de plages non rémunérées](#) (donc psychiatres->cf. tableaux de l'indicateur 4) divisé par le nombre de médecins total

Indicateur 4.4. Nombre de TTA rémunérés sur l'année n

- Total des plages rémunérées que l'on retrouve dans le [tableau récapitulatif des TTA des urgentistes et réanimateurs](#)

Indicateur 4.5. Montant des TTA rémunérés sur l'année n

- Somme des plages rémunérées que l'on retrouve dans le [tableau de suivi des TTA](#) des urgentistes et réanimateurs en euros

Indicateur 5. Jours CET stockés sur l'année n

- Se référencer au tableau de suivi des CET des PM des affaires médicales pour le nombre de jours de CET cumulés
- *Nombre moyen de jours par agent* : donnée précédente de jours cumulés/nombre de médecins
- *Montant de la provision constituée* : nombre de jours cumulés * prix d'un jour de CET médical (=300 euros). **Mettre le montant brut+charges**
- *Pour le montant des CET monétisés* : données de l'AS400 Indicateur 5.5

Indicateur 6. Taux d'absentéisme

- Données extraites des affaires médicales (cf. [tableau dans le dossier du bilan social à l'indicateur 6](#))

Indicateur 6.1 et 6.2. Durée moyenne des absences pour maladie et des absences pour mater-pater-adoption

- Données extraites des affaires médicales

Indicateur 6.3. Taux d'absentéisme par classe d'âge

- Données de l'AS400

Indicateur 7. Taux de turnover

- Données AS400

Indicateur 17. Nombre d'heures de grève

- Données des affaires médicales

Indicateur 23. Egalité homme-femme

- Données AS400
- Part des primes : se référer au [tableau de suivi des crédits de personnel](#)

Annexe 3 : Extrait du document de travail sur les accidents du travail pour répondre aux critères du bilan social

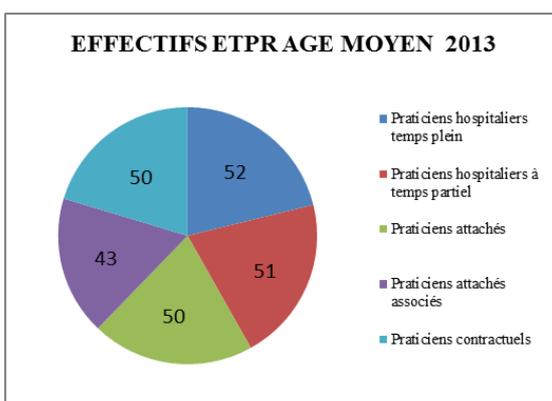
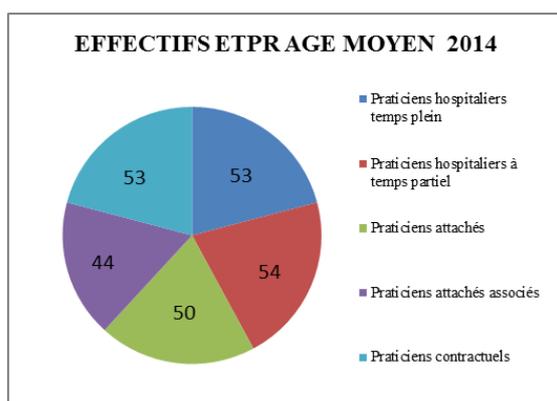
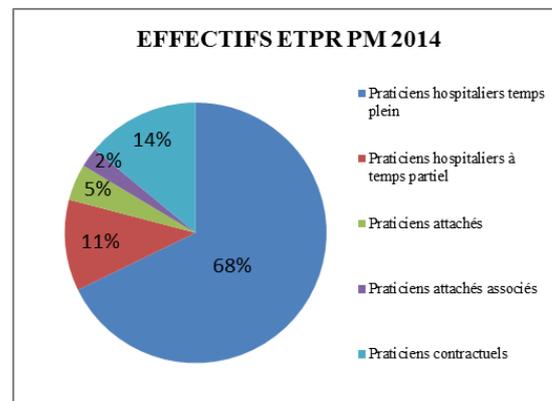
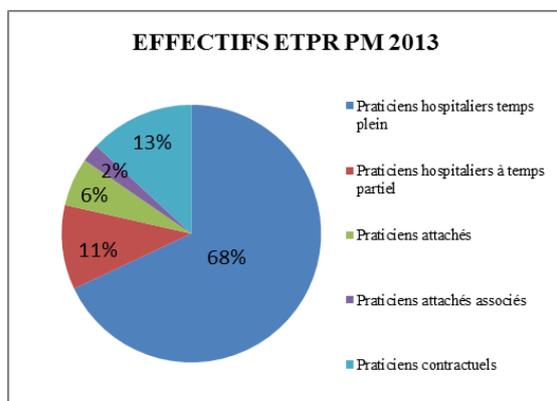
Agents	Heure de l'accident	Tranche de deux heures	Moment	Type d'horaires	AT avec arrêts	Métier
X	14h15	14h-16h	Milieu de service	Jour	NON	Psychomotricienne
X	6h	6h-8h	Fin de service	Nuit	NON	IDE
X	10h	10h-12h	Début de service	Jour	NON	AEQ
	11h	10h-12h	Milieu de service	Jour	NON	
X	12h30	12h-14h	Fin de service	Jour	NON	ISG
X	8h50	8h-10h	Début de service	Jour	OUI	Educateur spé
X	14h45	14h-16h	Milieu de service	Jour	OUI	
X	8h45	8h-10h	Début de service	Jour	OUI	Adj Admi
X	9h	8h-10h	Début de service	Jour	NON	ASHQ
X	9h	8h-10h	Milieu de service	Jour	OUI	IDE
X	17h	16h-18h	Milieu de service	Jour	NON	ASHQ
X	11h	10h-12h	Milieu de service	Jour	NON	IDE
X	3h30	2h-4h	Milieu de service	Nuit	NON	Adj Admi
X	10h	10h-12h	Début de service	Jour	OUI	Cond AMB
X	20h45	20h-22h	Après le service (accident de trajet)	Jour	OUI	MAS
X	14h45	14h-16h	Début de service	Jour	NON	ISG
X	9h15	8h-10h	Début de service	Jour	NON	Maitre Ouvrier
X	14h30	14h-16h	Fin de service	Jour	OUI	ISG
X	16h05	16h-18h	Fin de service	Jour	OUI	ISG
X	7h	6h-8h	Début de service	Jour	OUI	MO
X	11h	10h-12h	Milieu de service	Jour	OUI	ASHQ
X	12h30	12h-14h	Fin de service	Jour	OUI	IDE
X	15h	14h-16h	Fin de service	Jour	OUI	Psychomotricienne
X	11h30	10h-12h	Milieu de service	Jour	NON	Tech de Labo
X	12h30	12h-14h	Milieu de service	Jour	NON	AS
X	11h25	10h-12h	Milieu de service	Jour	OUI	OPQ
	13h	12h-14h	Fin de service	Jour	NON	
X	12h40	12h-14h	Avant le service	Jour	OUI	CEA
X	11h	10h-12h	Milieu de service	Jour	OUI	OPQ
X	17h	16h-18h	Milieu de service	Jour	NON	AS
X	16h	16h-18h	Fin de service	Jour	NON	AS
	14h	14h-16h	Milieu de service	Jour	NON	
X	14h30	14h-16h	Fin de service	Jour	OUI	CAE
X	9h	8h-10h	Début de service	Jour	NON	AEQ
X	7h30	6h-8h	Début de service	Jour	OUI	Maitre Ouvrier
X	11h45	10h-12h	Début de service	Jour	NON	ISG
X	13h15	14h-16h	Fin de service	Jour	OUI	OPQ
X	2h50	2h-4h	Milieu de service	Nuit	NON	Sage-Femme

Annexe 4 : Extraits du bilan social

Sous-indicateur n°1.1 : Effectifs en ETPR par statut ou filière et âge moyen

Personnel Médical :

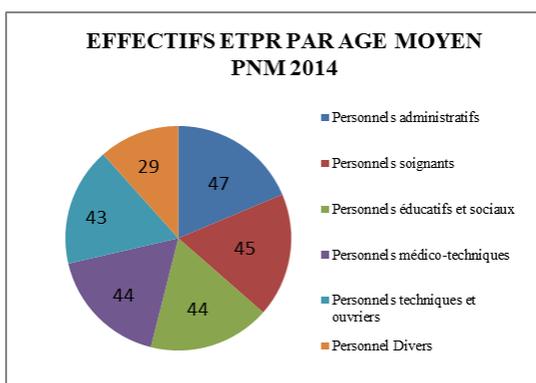
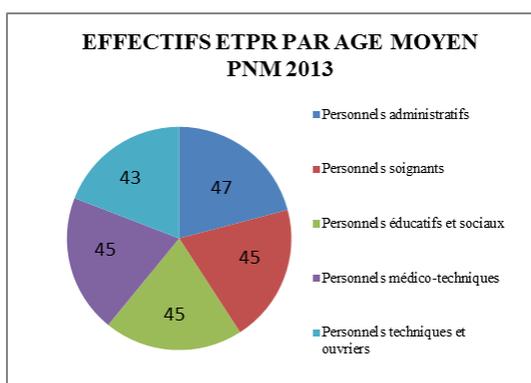
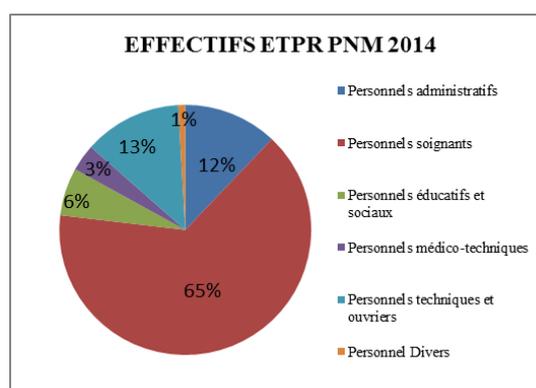
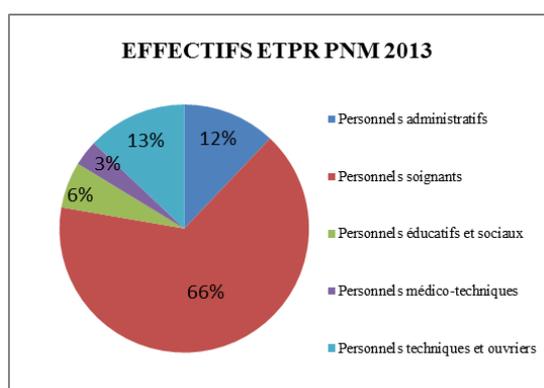
STATUT	ETPR 2013		ETPR 2014	
	ETPR	Age moyen	ETPR	Age moyen
Personnels enseignants et hospitaliers				
Praticiens hospitaliers temps plein	47,77	52	45,93	53,0
Praticiens hospitaliers à temps partiel	7,45	51	7,67	54,0
Praticiens attachés	4,26	50	3,07	50,0
Praticiens attachés associés	1,60	43	1,63	44,0
Praticiens contractuels	9,20	50	9,46	53,0
Assistants des hôpitaux				
Assistants associés				
TOTAL	70,28	51,70	67,76	52,8



On constate une légère baisse des effectifs médicaux liée aux difficultés de recrutement de pédopsychiatres, de pédiatre et d'anesthésistes.

Personnel Non Médical :

FILIERE	ETPR 2013		ETPR 2014	
	ETPR	Age moyen	ETPR	Age moyen
Personnels administratifs	115,78	47	117,22	47
Personnels soignants	630,36	45	629,30	45
Personnels éducatifs et sociaux	57,62	45	60,01	44
Personnels médico-techniques	32,17	45	33,74	44
Personnels techniques et ouvriers	123,83	43	122,10	43
Personnel Divers	/	/	8,75	29
TOTAL Hors Personnel Divers	959,76	45	962,37	44
TOTAL	959,76	45	971,12	42



Les effectifs du personnel non médical sont en augmentation en raison de la mise en place du projet médical. Les données de 2014 relatives à l'âge moyen mettent en exergue l'apparition d'une nouvelle catégorie professionnelle, les CUI-CAE. Leur moyenne d'âge est de 29 ans, de ce fait, on constate un rajeunissement des effectifs. Ce rajeunissement est confirmé par la moyenne faite hors personnel divers qui passe de 45 ans en 2013 à 44 ans en 2014.

Pour le personnel non médical, les remplacements sont majoritairement effectués par des personnels en début de carrière et par conséquent plus jeunes.

MASSABIE-BOUCHAT

Julie

Décembre 2015

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2015

LES DIFFICULTES LIEES A L'ELABORATION DU BILAN SOCIAL AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER DE DIGNE-LES-BAINS

Résumé :

L'élaboration du bilan social présente un certain nombre de difficultés. En effet, dans un premier temps, la recherche et la collecte des informations destinées au bilan social sont réparties à travers différents acteurs de l'hôpital ce qui nécessite de préserver le lien entre les différentes directions fonctionnelles, mais aussi avec les services de soins ou la médecine de santé au travail. Dans le cadre de l'élaboration de ce document unique, rassemblant une large diversité de données relatives à la gestion des ressources humaines, l'attaché d'administration hospitalière de la direction des ressources humaines doit jouer un rôle pivot. De plus, c'est à lui d'analyser les données issues de ces investigations. L'élaboration du bilan social est nécessaire afin de répondre aux exigences règlementaires. Il représente un enjeu important notamment lors de sa présentation devant les instances de l'hôpital, mais aussi quant à la finalité qu'il devrait représenter dans la gestion des ressources humaines. Pour autant, son élaboration met en exergue ses limites et les pistes d'amélioration qui pourraient être envisagées.

Mots clés :

Bilan Social – Ressources Humaines – Outils de GRH – Management – Tableaux de bord – Système d'Information Hospitalier – Instances de l'hôpital

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.