



EHESP

Attachés d'Administration Hospitalière

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Novembre 2018**

**Le déploiement d'un dispositif de
contrôle de gestion sociale en
établissement de santé : acteurs et
enjeux**

Pierre ARROUES

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pu aboutir s'il n'avait bénéficié du soutien et de la bienveillance des nombreux professionnels que j'ai côtoyés à l'occasion de mon stage au Centre Hospitalier de Douarnenez.

Je souhaite remercier tout particulièrement Madame Amandine HERY-ROBINET, mon maître de stage qui, durant cette période, a veillé à me transmettre ses connaissances, son expérience, son entrain et à toujours m'associer à son action et à la vie du service des ressources humaines.

Je remercie également les nombreuses personnes qui, spontanément, ont répondu à mes sollicitations, contribuant ainsi à enrichir ma réflexion. En particulier :

- L'équipe des cadres et cadres supérieurs de santé de Douarnenez, les cheffes de pôles et l'équipe de direction, notamment Monsieur Vincent GUERET, DRH, ainsi que Madame Nathalie FREMIN, directrice des soins ;
- Les contrôleurs de gestion qui m'ont fait part de leurs réflexions : Mesdames Johanna OLIER, contrôleuse de gestion à Douarnenez, Maëlle BESCOND du CHIC de Quimper et Messieurs François LODIN du CHU de Brest et Régis GOURIO du CH de Landerneau ;
- Les membres de la Direction des soins et de la direction des ressources humaines du CHIC de Quimper, notamment Monsieur Arnaud SANDRET, DRH.

Sommaire

Introduction	1
1 De nouveaux besoins de pilotage des établissements : vers un renforcement du pilotage des ressources humaines	3
1.1 Des recompositions structurelles à accompagner par un développement concomitant d'instruments de pilotage prospectifs	3
1.1.1 T2A et EPRD, deux réformes pour une même exigence de projection	3
1.1.2 La réforme polaire : accompagner les responsables opérationnels dans leurs nouvelles responsabilités	4
1.1.3 Un contexte plus favorable au développement d'un système de pilotage	5
1.2 Le renforcement du contrôle de gestion sociale, marqueur d'une vision plus systémique du pilotage hospitalier	6
1.2.1 Vers une perspective plus équilibrée et processuelle de la performance	7
1.2.2 Une fonction de contrôle de gestion sociale en phase de consolidation	8
1.2.3 Une fonction porteuse d'interrogations sur les organisations	9
1.3 Quelle pertinence d'un dispositif de contrôle de gestion sociale pour une structure de taille modeste ?	10
1.3.1 Une démarche progressive de consolidation du pilotage social : l'exemple du Centre Hospitalier de Douarnenez	11
1.3.2 Au-delà d'une gestion au quotidien, l'amorce d'une démarche intégrative et stratégique	12
2 Mobiliser les professionnels : les enjeux managériaux du contrôle de gestion sociale	14
2.1 Le contrôle de gestion sociale : des potentiels de mobilisation des professionnels autour des enjeux RH d'un établissement	14
2.1.1 Les dispositifs de gestion, supports d'une dynamique d'apprentissage	14
2.1.2 Le dialogue de gestion sociale, catalyseur des interactions entre partenaires	15
2.1.3 Vers une interrogation de l'apport du contrôle de gestion sociale à la construction du sens	17

2.2	Le déploiement du contrôle de gestions sociale : des risques à anticiper pour garantir une implantation de qualité.....	18
2.2.1	L'excès de confiance ou le risque de surestimation des capacités des outils de pilotage RH.....	19
2.2.2	La multiplication des indicateurs, ou le risque de « l'infobésité ».....	20
2.2.3	L'enfermement ou le risque d'un affaiblissement de la pertinence et de la transversalité des indicateurs.....	21
2.3	Au Centre Hospitalier de Douarnenez, un début de système de management du contrôle de gestion qui tend à porter ses fruits	22
2.3.1	Un dialogue de gestion émergent, socle d'un éventuel pilotage RH formalisé	22
2.3.2	Un début d'appropriation des outils de contrôle de gestion par les responsables opérationnels	23
3	Privilégier une démarche globale de déploiement, intégrant les différents effets du contrôle de gestion sociale.....	25
3.1	Construire la légitimité du projet de déploiement d'un système de management du contrôle de gestion sociale	25
3.1.1	Promouvoir une méthode rigoureuse.....	25
3.1.2	Contextualiser l'usage des outils.....	26
3.1.3	Favoriser l'émergence d'une vision équilibrée du pilotage social	27
3.2	Envisager une participation élargie autour du déploiement du système de management du contrôle de gestion sociale.....	28
3.2.1	Planifier le déploiement comme une conduite du changement	28
3.2.2	Accompagner le déploiement du contrôle de gestion sociale par une démarche de management de projet	29
3.2.3	L'attaché d'administration hospitalière, un rôle de médiateur adapté aux enjeux du déploiement.....	31
3.3	Proposition d'une démarche chronologique de déploiement d'un système de management du contrôle de gestion sociale (Annexe)	32
3.3.1	Avant : circonscrire le dispositif et fonder les principes du contrôle de gestion sociale. 32	
3.3.2	Pendant : « opérationnaliser » le pilotage RH et valoriser l'expérience des relais de terrain	33

3.3.3	Après : évaluer la démarche et donner du sens	34
	Conclusion	35
	Bibliographie	37
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANACT :	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
CGS :	Contrôle de Gestion Sociale
CHDZ :	Centre Hospitalier de Douarnenez
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
DIM :	Département de l'Information Médicale
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
DRH :	Direction des Ressources Humaines
EPRD :	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FHF :	Fédération Hospitalière de France
FICOM :	Fichier Commun de structure
GHM :	Groupe Homogène de Malades
GHS :	Groupe Homogène de Séjours
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC :	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GVT :	Glissement Vieillesse Technicité
HPST :	Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
MERRI :	Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
MIGAC :	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SI :	Système d'Information
SIRH :	Système d'Information de gestion des Ressources Humaines
T2A :	Tarifification A l'Activité
UF :	Unité Fonctionnelle

Introduction

Encore relativement peu développé ces dernières années, le contrôle de gestion sociale (CGS) semble bénéficier d'une visibilité croissante dans un paysage hospitalier marqué par de profondes recompositions. Tandis que de nouvelles évolutions d'ampleur paraissent se dessiner, les hôpitaux sont entrés durablement dans un environnement évolutif et instable, rendant d'autant plus indispensable leur capacité à maîtriser les facteurs clés de leur performance globale. A ce titre, les ressources humaines hospitalières constituent un paramètre stratégique, tant par le volume financier qu'il représente que par les potentialités qu'il laisse entrevoir et qu'il s'agit d'accompagner et de promouvoir. Dès lors, « ce système d'aide au pilotage social de l'organisation ayant pour objectif de contribuer à la gestion des ressources humaines dans leurs performances et leurs coûts »¹, par l'opportunité qu'il offre de se connaître, de s'évaluer, de se projeter et d'adapter son organisation, est un complément nécessaire à toute politique de ressources humaines.

Le contrôle de gestion sociale est une thématique à plusieurs entrées : système d'information, analyse sociale, suivi budgétaire des variables ... Mais, au-delà de la technicité qui le caractérise, il s'agit également d'approcher sa nature managériale. En effet, si l'encadrement tant médical que soignant a toujours joué un rôle plus ou moins direct dans la gestion globale des établissements, la réforme polaire a renforcé cette tendance par les délégations qu'elle a octroyées aux pôles (en matière de ressources humaines notamment) et a contribué à renforcer l'interdépendance des niveaux de gestion dans un système où, de la direction à l'encadrement de proximité, chacun contribue à la performance de l'organisation. Dès lors, un pilotage qui n'envisagerait pas, d'une façon ou d'une autre, l'association des relais opérationnels (chefs et cadres de pôle et de service) n'aurait probablement qu'un impact limité.

Plusieurs enjeux découlent du contrôle de gestion sociale. Ses aspects budgétaires et financiers, bien qu'essentiels, n'en constituent qu'un élément. Il s'agit alors de saisir plus largement les opportunités structurelles qu'il propose. En effet, l'intérêt du pilotage social est moins de constater que de saisir les évolutions des paramètres, comprendre les enjeux sociaux d'un établissement à partir de la masse de données, de laquelle sera extrait un discours articulé, destiné à nourrir un dialogue, interroger les organisations et mieux fonder les décisions. L'ambition du contrôle de gestion sociale est donc d'abord de créer de l'information puis du sens, pour l'institution et pour ses acteurs, à des fins d'échanges, d'évolutions opérationnelles, de consolidation des pratiques, de correction des écarts aux

¹ Martory, B., *Le contrôle de gestion sociale*, Vuibert, 2018, p.6

objectifs. Envisager le déploiement d'un tel dispositif à l'échelle d'un établissement implique ainsi de saisir ses différents effets afin de préserver ou de révéler les qualités de cette démarche sur le long terme, donc de comprendre dans quelle mesure le contrôle de gestion sociale permet non seulement d'améliorer le pilotage social, mais également de redéfinir les articulations entre les acteurs et les représentations des enjeux de ressources humaines d'un établissement.

Le contrôle de gestion sociale connaît ainsi, dans la foulée des nombreuses réformes hospitalières, un essor nourri par les attentes qu'il a suscitées en matière de qualité du suivi de la stratégie RH et par les promesses d'une amélioration plus structurelle de l'organisation des établissements de santé (I). Pour autant, ses effets managériaux, moins immédiats mais tout aussi importants, doivent être appréhendés afin de disposer d'une vision plus juste du pilotage, de son potentiel intégrateur et des précautions à envisager (II), nécessaire à une démarche pertinente de déploiement, qui prendrait en compte aussi bien ses aspects techniques que l'adaptation de sa gouvernance (III).

Méthodologie

Le sujet de ce mémoire s'inscrit dans la continuité de la commande qui m'a été confiée lors de mon stage auprès de la Direction des Ressources Humaines du Centre Hospitalier Michel MAZEAS de Douarnenez. Portant sur la réfection des indicateurs d'absentéisme, elle a suscité mon interrogation sur l'opportunité et la manière d'élargir l'usage des outils de pilotage au-delà de la direction des ressources humaines. Cette réflexion s'est fondée sur une analyse préalable de la littérature académique et de la littérature grise entourant le contrôle de gestion sociale dans son versant opérationnel, puis sur une recherche bibliographique sur les effets induits par l'implantation de ces outils. Ce travail est également adossé à des entretiens réalisés auprès des principales parties prenantes du contrôle de gestion sociale : des directeurs des ressources humaines, des contrôleurs de gestion sociale, mais aussi des cadres et cadres supérieurs de santé, des chefs de pôles. Ces échanges, qui ont contribué à amender et nourrir ma réflexion, ont pris appui sur une grille, modulable selon les fonctions et la disponibilité des interlocuteurs, présentée en annexe.

1 De nouveaux besoins de pilotage des établissements : vers un renforcement du pilotage des ressources humaines

Les réformes successives du secteur hospitalier ont souligné les besoins de projection, d'anticipation des évolutions de l'activité, d'adaptation des ressources, donc de pilotage dynamique des établissements (A). Au-delà des préoccupations financières, le contrôle de gestion sociale, plus récent, laisse aussi entrevoir une démarche qualitative et processuelle (B). Les structures hospitalières importantes sont, certes, plus susceptibles de déployer de tels dispositifs. Mais des établissements plus petits, comme le Centre Hospitalier de Douarnenez, peuvent également en tirer profit (C).

1.1 Des recompositions structurelles à accompagner par un développement concomitant d'instruments de pilotage prospectifs

Les recompositions ont pris une dimension systémique tant elles semblent s'imbriquer et contribuer à se renforcer mutuellement : planification sanitaire, politique de qualité, financement, gouvernance ... Ces deux dernières ont conforté la structuration des fonctions du contrôle de gestion, entendu par R. Anthony comme « le processus par lequel les managers obtiennent l'assurance que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour la réalisation des objectifs de l'organisation »².

1.1.1 T2A et EPRD, deux réformes pour une même exigence de projection

Des évolutions récentes, la réforme du financement et du cadre budgétaire et financier des hôpitaux est celle qui a marqué un tournant stratégique. En effet, l'introduction progressive d'une « tarification à l'activité » (T2A) s'est traduite par une plus grande volatilité des ressources, une plus forte exigence de flexibilité des organisations et a conforté l'exigence d'anticipation tant des recettes que des dépenses. Depuis 2004, le système hospitalier est assis sur un financement mixte, mêlant une part forfaitaire (MIG, AC, MERRI ...) et une part indexée sur l'activité des établissements. Leurs recettes dépendent en partie de la nature de la prise en charge des patients, recensée et qualifiée par la cotation en GHM et valorisée en GHS, traduction tarifaire de cette prise en charge. Les tarifs étant élaborés sur une base nationale, l'enjeu pour l'hôpital est de garantir une concordance des coûts anticipés avec le niveau de recettes prévues afin d'assurer sa soutenabilité financière. La substitution, à partir de 2006, de l'État Prévisionnel des Recettes et Dépenses (EPRD) au budget global est venue renforcer cette tendance par la prévalence d'une réflexion financière et une anticipation de l'influence du cycle d'exploitation sur le résultat de l'hôpital.

² Anthony, R.N, Planning and control systems, The Harvard Business School, 1ère ed., 1988.

Ces deux dispositifs marquent ainsi le passage à un système où « les dépenses sont censées découler des recettes, et doivent donc pouvoir être ajustées annuellement, voire infra annuellement, en fonction de la réactualisation des prévisions »³. Dans cet environnement plus fluide, l'enjeu pour les établissements est donc d'anticiper suffisamment l'évolution des paramètres de gestion pour bâtir un budget adéquat et prévenir toute dégradation. Le développement d'outils de pilotage devient donc primordial afin, d'une part, d'être en mesure de modéliser la « chaîne de valeur »⁴ et l'apport des unités à l'atteinte des objectifs, de comprendre la formation des coûts et d'identifier les paramètres vitaux de l'établissement. D'autre part, il s'agit aussi d'anticiper, d'analyser, de corriger les écarts aux objectifs, ou encore de simuler les impacts d'une réorganisation de l'activité sur la situation financière de l'établissement. Un système de contrôle de gestion devient alors essentiel pour tenter de sécuriser l'adéquation de la performance effective d'un établissement à ses objectifs et prend alors, selon la typologie établie par Henry Bouquin, la forme d'un système de contrôle par « supervision »⁵, ou contrôle de gestion diagnostique.

1.1.2 La réforme polaire : accompagner les responsables opérationnels dans leurs nouvelles responsabilités

La T2A, par la médicalisation du financement et l'importance du bon codage des actes, place le corps médical au centre des enjeux de gestion. Les choix thérapeutiques et la sollicitation de ressources qu'ils induisent influencent en partie les dépenses des établissements. En d'autres termes, « ce sont les choix des praticiens qui déterminent l'équilibre économique de l'hôpital »⁶. L'ordonnance du 2 mai 2005⁷, puis la loi HPST⁸, ont confirmé cette prégnance. L'intégration verticale s'en est par ailleurs trouvée renforcée par la constitution d'un chaînage stratégique entre la direction de l'établissement et les pôles instaurés en unités opérationnelles de gestion et maîtres d'œuvre d'un projet spécifique.

« On peut gouverner de loin, mais on n'administre bien que de près » : afin de garantir un pilotage pertinent de l'établissement, les relais opérationnels de terrain sont responsabilisés afin de garantir une gestion appropriée. C'est à partir de ce principe qu'a été conçue la nouvelle architecture de gouvernance. Inspirée de la théorie de l'agence

³ Albert, M. « EPRD et T2A, quels enseignements tirer des réformes ? », *Réflexions hospitalières*, n°512, septembre-octobre 2006.

⁴ Concept de M. Porter, repris dans L'Homme, Y., *De l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage dans la nouvelle gouvernance : l'exemple du Centre Hospitalier de Gonesse*, Mémoire EDH, ENSP, 2006

⁵ Bouquin, H. *Le contrôle de gestion*, PUF, 1986 ; repris dans Baly, O., « Le contrôle de gestion hospitalier : une innovation managériale dans le pilotage des établissements de santé ? », in Fermon, B., Grandjean, Ph., *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Dunod, 2015

⁶ Aubin, C., *Décider à l'hôpital : du dialogue de gestion aux dispositifs de prescription réciproque*, Thèse de l'Université Jean Moulin, Lyon 3, sous la direction de J-P. Claveranne, 2013

⁷ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

(notamment, M.C. Jensen et W.H Meckling, 1975), son fondement repose sur l'idée de relations sécurisées entre la direction et les agents opérationnels afin d'atténuer les effets d'une asymétrie d'informations. Dans cette perspective, la contractualisation entre les différents échelons doit permettre une mise en adéquation de la stratégie, des objectifs, et des actions du terrain. Cette imbrication devient d'autant plus importante que les relais de terrain ont dorénavant une forte responsabilité en matière de bonne gestion des hôpitaux. Conçu comme « un moyen d'assurer la congruence entre les actions des managers et ces mêmes objectifs stratégiques »⁹, le contrôle de gestion garantit alors un suivi de la contractualisation.

Corollaire de cette contractualisation, la « délégation de gestion » accordée aux pôles leur donne une responsabilité dans le pilotage et l'ajustement de leurs ressources. Il s'agit ainsi de la traduction opérationnelle du principe de subsidiarité, explicitée par Aubin : « L'implication médicale dans la gestion est d'autant plus nécessaire que c'est l'unité de soins elle-même qui est la mieux placée pour connaître la réalité du fonctionnement et proposer des pistes d'amélioration de la productivité »¹⁰. Dès lors certains leviers d'action ont été confiés aux chefs de pôle afin de leur laisser une autonomie, plus ou moins étendue, pour leur permettre d'organiser leurs services. Leurs missions¹¹ s'étendent notamment à la gestion des ressources humaines qui, selon l'étendue de la délégation, peut porter sur la gestion des emplois, le plan de formation, les affectations, les évaluations, ou l'organisation du travail. Dès lors, la mise à disposition d'outils de pilotage devient indispensable aux responsables opérationnels, tant pour le suivi des objectifs que pour la modulation pertinente de la gestion de leur unité et l'évaluation des effets de leurs décisions. Avec la délégation de gestion, s'opère donc le passage d'un contrôle de gestion de supervision, vers un contrôle de gestion interactif, plus opérationnel et dynamique.

1.1.3 Un contexte plus favorable au développement d'un système de pilotage

Les établissements hospitaliers se caractérisent par la complexité de leur organisation, l'imbrication des paramètres influençant leurs résultats, l'exigence de coordination des processus. Ces différents facteurs expliquent en partie les difficultés à développer une mesure précise de la production hospitalière ainsi qu'une analyse sur ses déterminants et ses implications. Deux évolutions ont cependant contribué à atténuer ces obstacles. En premier lieu, la médicalisation du système d'information (PMSI) et l'expertise des Départements de l'Information Médicale (DIM) ont permis de sécuriser et d'automatiser une mesure plus juste et plus précise de l'activité des établissements et de la consommation de

⁹ Baly, O., « Le contrôle de gestion hospitalier : une innovation managériale dans le pilotage des établissements de santé ? », in Fermon, B., Grandjean, P., *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Dunod, 2015, p.2

¹⁰ Aubin, C., *op.cit*, p. 67

¹¹ Art. 1.6146-1 Code de la Santé Publique

leurs ressources. En second lieu, la T2A a constitué un vecteur de consolidation des outils de pilotage : de l'évaluation la plus fine possible du fonctionnement et de l'organisation dépend désormais la soutenabilité de l'activité d'un établissement.

Une démarche de pilotage reste ainsi indissociable de la capacité des établissements à organiser la multiplicité de données en transit pour en proposer une information consolidée et exploitable à des fins d'analyse et de décision. L'enjeu consiste alors à développer une réflexion autour des données, collectées en routine par leur SI, rattachées aux unités adéquates, dans un but de traitement adossé au Fichier Commun des Structures (FICOM). Cette nomenclature constitue le cœur d'une démarche analytique en permettant une bonne imputation des recettes et des dépenses aux différentes « unités fonctionnelles » (UF) agrégées en « pôles ». Il s'agit, in fine, de permettre à chaque responsable de disposer d'une information précise afin de l'aider à comprendre les paramètres de fonctionnement de son périmètre et identifier les leviers d'amélioration.

Le champ des ressources humaines n'est pas en reste. La numérisation de la plupart des décisions intéressant la vie professionnelle d'un agent facilite leur référencement. Qu'il s'agisse des éléments de paie, des congés, des dispositifs de formations sollicités ou obtenus, des arrêts, des affectations, des plannings ... nombre de ces éléments sont tracés dans le Système d'information en Ressources Humaines (SIRH) et peuvent faire l'objet d'extractions afin de nourrir les documents statistiques exigés des établissements de santé (en particulier, les Statistiques Annuelles des Établissements de Santé – SAE ; le Bilan Social) ou bien se trouver réutilisés dans le cadre d'un dispositif de contrôle de gestion sociale propre à l'établissement. A titre d'exemple, ces données pourront être mobilisées dans le cadre d'un suivi budgétaire RH et d'un pilotage de la masse salariale ou encore dans le cadre d'un suivi de l'absentéisme, par pôle ou service.

Ces évolutions techniques ont aiguillonné le perfectionnement de l'expertise et la centralité du contrôle de gestion. Simultanément s'est affirmée une sensibilité plus forte à l'enjeu de performance en santé. Si la qualité et la sécurité des soins ont perpétuellement constitué la priorité des établissements, les outils de pilotage ont atténué leur dimension financière et budgétaire pour s'ouvrir à une perspective plus équilibrée, plus structurelle, dans laquelle l'attention portée aux ressources humaines constitue un point crucial.

1.2 Le renforcement du contrôle de gestion sociale, marqueur d'une vision plus systémique du pilotage hospitalier

La notion de performance hospitalière excède une logique simplement budgétaire. Au-delà d'un pilotage conjoncturel, le contrôle de gestion sociale porte une interrogation sur les causalités des phénomènes observés et questionne les organisations de travail.

1.2.1 Vers une perspective plus équilibrée et processuelle de la performance

Comme le rappelle Cédric Aubin, cette notion de performance est polysémique autant que multifactorielle : « Dans un contexte de restrictions budgétaires, si la performance vise à un résultat, à une qualité de service rendu et à l'efficacité, alors l'hôpital doit répondre de l'utilisation au mieux de ses ressources, de l'optimisation de leur gestion afin de limiter les dépenses tout en garantissant aux patients, sécurité et qualité des soins »¹². L'hôpital est invité à atteindre un niveau optimal d'efficacité dans la qualité des soins, tout en veillant au juste usage de ses ressources (efficacité), dans un système de contraintes externes influençant la stratégie et l'emploi des moyens (pertinence). La performance est aussi contextuelle : elle se fonde sur un axe stratégique spécifique à l'établissement, sur la base duquel seront définis des objectifs qui guideront ensuite l'axe tactique de mobilisation des différentes ressources (humaines, financières, logistiques, ...). Cet enchaînement reste souvent incomplet, le système de santé français se caractérisant par une « difficulté de formalisation de la stratégie et les incertitudes sur la composition même du sommet stratégique [...] »¹³, induisant ainsi des limites dans le système de pilotage.

Cette représentation systémique de la performance induit une vision collective et processuelle, quand elle identifie l'intégration, la bonne articulation entre les unités cliniques et les fonctions supports, comme élément incontournable d'une organisation efficiente. C'est la réflexion qui présidait à la conception des « tableaux de bords prospectifs » (le *Balanced Score Card* de Kaplan et Norton) en proposant une vision élargie de la performance d'un organisme. « La démarche budgétaire traditionnelle ne permet pas l'analyse de ces phénomènes de manque de coordination dans une optique de pilotage. Afin d'accroître l'efficacité du pilotage de la performance de l'hôpital, il apparaît donc nécessaire de la compléter avec des tableaux de bord traduisant les processus effectifs »¹⁴. L'enjeu est donc d'identifier les anomalies pour ensuite interroger la pertinence des organisations. L'expérience relatée par Olivier Baly dans le cadre d'une étude de l'ANAP sur l'organisation d'un service d'imagerie révèle les potentialités structurelles. L'indicateur du délai de rendez-vous a révélé une anomalie, dont l'origine a été précisée par l'analyse conduite à partir d'autres indicateurs : des transferts de difficultés sur les autres services (notamment les urgences) et un taux d'occupation des scanners insuffisant (les patients inscrits ayant été acheminés vers d'autres services pour pallier le délai trop important sans être « désinscrits »). Il en a résulté une réorganisation du service d'imagerie en termes de planning et de coordination de l'activité des manipulateurs et des radiologues.

¹² Aubin, C., *op.cit.* p. 48

¹³ Haouet, I., Nobre, Th., « Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier. Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle », *Revue française de gestion*, 2011/2 (n°211), p.106

¹⁴ Nobre, Th., « Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? », 21e Congrès de l'AFC, Mai 2000

Les outils de gestion constituent également des dispositifs pertinents de pilotage itératif. Si on se représente le système opérationnel d'un établissement comme un processus d'actions et de rétroactions, le long duquel les outils de contrôle de gestion permettent d'identifier des dysfonctionnements, alors le dispositif peut être sollicité non seulement pour le suivi d'un plan d'action, mais aussi pour valider les hypothèses ou réorienter les décisions des responsables. Ces deux aspects, collectifs et processuels, sont imbriqués et mettent en lumière les contributions de chaque unité à la performance globale de l'établissement, pour autant qu'elle ait donné lieu à une « cartographie » des causalités (*Strategic Map*, Kaplan et Norton) afin d'en identifier les paramètres clés, « d'explicitier les liens de causalités qui permettent d'atteindre la performance »¹⁵, révélant ainsi les choix stratégiques de l'établissement. Dans ce panorama, les ressources humaines occupent une place prépondérante. Non seulement, elles influent sur la situation financière d'un établissement, mais de la pertinence de la politique RH et de son système de pilotage, dépendront aussi la bonne coordination interne, la qualité des soins proposés, l'image de l'hôpital, son attractivité.

1.2.2 Une fonction de contrôle de gestion sociale en phase de consolidation

Le contrôle de gestion sociale semble marqué par un paradoxe. Ainsi que le constate Jérôme Lartigau, « l'introduction du contrôle de gestion dans le domaine RH est un phénomène encore peu répandu même s'il se développe de manière très importante depuis quelques années »¹⁶, et son accompagnement méthodologique et documentaire semble encore limité. Pourtant, ses enjeux sont particulièrement prégnants au regard des contraintes actuelles mais aussi, comme nous l'avons vu, des nouvelles opportunités : les SIRH permettent désormais de collecter une grande partie des données sociales pertinentes, tandis que les outils d'extraction de données et le croisement avec la nomenclature du FICOM autorisent une démarche analytique RH (à condition d'être en mesure de fiabiliser les données, à commencer par les affectations). L'enjeu de l'implantation d'un dispositif de contrôle de gestion sociale, support d'un suivi de la masse salariale, est d'ordre essentiellement financier : « toute mesure d'économie passe aujourd'hui par un examen approfondi des composantes de cette masse, qu'il s'agisse des effectifs, des modalités de gestion de carrière ou de temps de travail pour ne citer que les principales »¹⁷. Deux éléments contribuent, en effet, à expliquer l'importance d'un pilotage social. En premier lieu, la part prépondérante des charges de personnels : elle représente près de 70% des charges inscrites à l'EPRD. En second lieu, l'inertie de cette masse salariale, essentiellement due à sa part statutaire et à sa grande stabilité. Ces deux

¹⁵ Haouet, I., Nobre, Th., *op.cit.*, p. 114

¹⁶ Lartigau, J., « Piloter et contrôler la gestion des ressources humaines » in Les nouveaux défis de la GRH à l'hôpital, s.d. J. Lartigau, Infodium, 2015, p. 175

¹⁷ Lartigau, J. *ibid*, p. 177

éléments constituent une forte incitation à développer un pilotage efficace dans la mesure où « toute décision de nature sociale aura un impact budgétaire immédiat et futur, non seulement sur la masse salariale mais sur l'ensemble de l'équilibre économique de l'établissement »¹⁸.

L'une des composantes du contrôle de gestion sociale consiste donc en la mise en œuvre d'un contrôle budgétaire, visant « à la fixation et à la réalisation nominale des objectifs financiers affectés aux différents domaines de la DRH qui font généralement l'objet d'enveloppes budgétaires [...] »¹⁹. Dans ce cadre, l'outil de pilotage RH aura pour vocation de suivre la consommation des enveloppes, par comparaison entre les décisions effectivement prises et les simulations opérées antérieurement à l'exercice, sur lesquelles ont été bâtis les objectifs. Ainsi, le contrôle budgétaire mettra en exergue les écarts aux objectifs. Plus encore, l'analyse des résultats donnera la possibilité d'identifier les paramètres agissant sur la masse salariale (et, plus largement, les dépenses sociales) pour guider ensuite une analyse plus précise de leurs évolutions. A titre d'exemple, outre l'effet valeur (revalorisation du point d'indice, effet GVT, ...) les outils de contrôle de gestion sociale peuvent mettre en évidence certains effets « volume » sur lesquels une analyse pourra être produite (l'importance et les causes d'un fort turn-over, l'influence de l'absentéisme, l'impact des campagnes de temps partiels ...).

1.2.3 Une fonction porteuse d'interrogations sur les organisations

Atténuant cette vocation budgétaire, une fonction de « contrôle qualitatif de gestion sociale »²⁰ s'est aussi développée. Partant du présupposé que les agents ne sont pas simplement une charge à corseter mais également une « ressource », un atout en puissance pour les établissements, dont les qualités seraient à développer, le « pilotage social » vise ainsi à garantir une progression des compétences des équipes dans la perspective d'une performance globale de l'hôpital. Divers indicateurs peuvent alors enrichir la compréhension des tendances et enjeux RH des différentes unités : en termes de GPMC, d'adéquation des besoins de mobilité et de maintien des compétences critiques d'un service ; en termes de formations et d'anticipation des besoins éventuels de compensation au regard des fluctuations de l'activité ; en matière de gestion active des recrutements... L'enjeu consiste donc à asseoir la stratégie RH mais aussi à conforter les responsables opérationnels dans leur gestion quotidienne. Dès lors, de la qualité de la construction du dispositif dépendra l'émergence d'une démarche prospective. Comme le souligne Erwan Ollivier, « la construction d'outil de pilotage est plus complexe que le simple constat *a posteriori*. Le fondement du pilotage n'est justement pas l'analyse du passé mais

¹⁸ Lartigau, J., *Ibid*, p. 182

¹⁹ Taïeb, J-P., *Les tableaux de bord de la gestion sociale*, Dunod, 2011, 6e édition, p. 223

²⁰ Taïeb, J-P., *Ibid*, p. 230

l'anticipation des phénomènes »²¹. La capacité des outils à mettre en évidence des leviers d'action devient le vecteur d'une consolidation de l'expertise sociale afin d'anticiper les conséquences RH des décisions de réorganisation ou, symétriquement, l'impact des décisions ou des phénomènes RH sur la performance globale de la structure. Se développe alors un raisonnement de type : « le coût du recrutement d'un praticien hospitalier est-il compensé par le développement de l'activité ? ; Combien coûte l'absentéisme ; [...] ; Y'a-t-il des facteurs prédictifs du turn-over ? [...] »²² .

La pertinence de tels indicateurs provient également de leur faculté à réunir les acteurs centraux de la gestion des ressources humaines, donc à s'adapter aux besoins spécifiques de l'établissement. Certains documents réglementaires peuvent d'ores et déjà servir d'ébauche de pilotage social. Mais leur opérationnalité reste incomplète. L'introduction du Bilan Social par la loi du 12 juillet 1977, modifiée en 2012, a ainsi pu contenter un temps les besoins de diagnostic social : outil de dialogue entre l'établissement et les instances, d'une part, entre l'établissement et ses tutelles, d'autres part, il présente l'avantage de mettre à la disposition des directions un panel d'indicateurs considérés comme indispensables à une bonne compréhension des enjeux sociaux et professionnels. Mais malgré la volonté affichée en 2013 de l'orienter vers une dimension plus prospective, le bilan social présente certaines faiblesses : sa dimension annuelle, sa nomenclature orientée sur l'établissement dans sa globalité en font, certes, un bon outil de diagnostic mais appellent toutefois une démarche volontariste des établissements pour développer leurs propres indicateurs, adaptés à la spécificité de leur environnement.

Les opportunités que laisse apparaître l'implantation d'un dispositif de contrôle de gestion sociale, tant en matière de suivi des objectifs stratégiques que de vigilance structurelle sur la pertinence des organisations, incitent les établissements à opter pour des outils plus ou moins sophistiqués selon leurs capacités ou à consolider progressivement leurs instruments préexistants. C'est le choix qu'a fait le Centre Hospitalier de Douarnenez.

1.3 Quelle pertinence d'un dispositif de contrôle de gestion sociale pour une structure de taille modeste ?

Les structures de grande ampleur (CHU, CHR, ...) nécessitent la mise en œuvre d'un système de prévention des risques de dérapages (financiers notamment, dégradation des compétences ...), par des alertes sur des situations RH anormales, latentes et peu perceptibles. Pourtant des structures plus modestes souhaitent aussi conforter leur pilotage RH : c'est ainsi le chemin qu'emprunte le Centre Hospitalier de Douarnenez, par l'adoption

²¹ Ollivier, E., « Le pilotage prospectif RH : connaître ses marges de manœuvre pour le futur et rassurer l'engagement »

²² Lartigau, J., *op. cit* p.200

d'une démarche adaptée à ses besoins et à ses capacités. Plus généralement, il s'agira ensuite de mettre en évidence les opportunités qui peuvent être attendues du déploiement de ce dispositif dans des structures de tailles comparables (B).

1.3.1 Une démarche progressive de consolidation du pilotage social : l'exemple du Centre Hospitalier de Douarnenez

Le Centre Hospitalier – Michel Mazéas est un établissement de proximité, membre de l'Union Hospitalière de Cornouaille (UHC). Le CHDZ dispose d'une capacité de 427 lits et places et bénéficie d'un peu plus de 700 agents hospitaliers (dont 69 médecins), soit environ 370 ETP de personnel soignant et 46 ETP de personnel médical. Son activité se répartit en 2 pôles : un pôle « MCO », dit « de court séjour » (urgences, hospitalisations et consultations) et un pôle gériatrique (médecine, SSR, SSIAD, 2 EHPAD). Plus précisément, le CHDZ dispose d'un service de ressources humaines de 8 agents. Après avoir stabilisé ses missions centrales, la DRH souhaite désormais asseoir son rôle stratégique et valoriser son expertise auprès de ses partenaires et le renforcement du pilotage social est perçu comme un moyen de consolider ce repositionnement. Une démarche progressive a donc été engagée, consistant à se concentrer, dans un premier temps, sur l'absentéisme, ses conséquences (gonflement du CET, dette sociale), sa compensation, dont le caractère prioritaire fait l'objet d'un constat partagé entre la DRH et la Direction des Soins. Cette tactique progressive semble avoir guidé le choix d'intégrer des indicateurs RH de suivi dans les projets et contrats de pôles, afin de laisser un temps de familiarisation aux responsables opérationnels, pour ensuite progresser vers des tableaux de bord de pilotage et ainsi développer un dialogue de gestion RH.

C'est donc une démarche graduelle qui a conduit à interroger les indicateurs d'absentéisme. Une première étape de réflexion sur les enjeux généraux du pilotage RH et de l'absentéisme, étayée par une analyse de la littérature académique et de la littérature grise (FHF, ANACT, ...) a conduit à des rencontres et des entretiens avec des responsables du contrôle de gestion sociale d'établissements du département. Dans un contexte de rapprochement territorial, cette méthode a permis de confronter les différentes analyses du pilotage de l'absentéisme, mais a aussi ouvert la possibilité d'une convergence des modalités de calcul des indicateurs et d'éventuelles comparaisons sur des périmètres pertinents, en complément d'indicateurs endémiques. Cette étape préparatoire close, un référentiel d'une quinzaine d'indicateurs d'absentéisme a été établi. Ils se déclinent en « indicateur de dialogue » (suivi de routine et comparaison), « indicateurs de pilotage » (modalités d'actions) ; « indicateurs satellites » (qualification de l'absentéisme). Ces propositions se sont fondées sur la recherche d'un équilibre entre le caractère opérationnel des indicateurs et leur simplicité afin de faciliter leur appropriation par les responsables, quitte à les enrichir ensuite et les adapter aux besoins. La constitution de ce référentiel

s'inscrit donc dans la perspective de la mise en œuvre, à plus ou moins long terme, d'un contrôle de gestion sociale, à vocation opérationnelle autant que pédagogique. L'étape suivante amènera probablement à l'extension du tableau de bord vers une dimension plus intégrée et systémique (interactions entre les différents phénomènes RH), confortant ainsi la capacité d'analyse et de réaction de la direction des ressources humaines. Cette phase instrumentale et tournée vers les modalités de mesure, est indispensable pour circonscrire le dispositif avant de le proposer à débat auprès des partenaires. Mais, aussi déterminante soit-elle, elle n'est qu'une facette d'un ensemble plus large visant à l'expression des différents aspects du contrôle de gestion sociale.

1.3.2 Au-delà d'une gestion au quotidien, l'amorce d'une démarche intégrative et stratégique

Les petits établissements peuvent présenter des unités plus modestes suscitant l'impression des cadres de disposer d'une compréhension plus immédiate des enjeux de leur service. Cette remarque, formulée à diverses reprises lors d'entretiens, est pertinente. Mais elle relève davantage du management de proximité (la gestion au jour le jour des absences, les besoins individuels de formations...) que du pilotage RH de long terme. Un dispositif de contrôle de gestion sociale peut développer des attraits plus tangibles pour les opérationnels : le recueil de données permet d'identifier la capacité d'un service à atteindre les objectifs assignés, ainsi que les leviers par lesquels y parvenir. Plus largement, ce recueil donne l'occasion d'historiciser, de « tracer » les événements RH d'une unité, de dégager des tendances et des projections pour les périodes ultérieures, de mémoriser les difficultés rencontrées, leurs résolutions, leurs conséquences, d'identifier les pistes d'amélioration. En cela, il permet au cadre de disposer d'un recul sur l'organisation de son service et de constituer une base sur laquelle s'appuieront ses successeurs.

Mais c'est surtout par la compréhension globale des flux d'un établissement, des interférences entre les paramètres de gestion et des enjeux de coordination, que le contrôle de gestion sociale peut également présenter un intérêt. Les recherches d'Olivier Baly sur le contrôle de gestion générale identifient ces mécanismes d'intégration, quelle que soit l'importance de la structure, suivant sa capacité à « métaboliser » le dispositif et ainsi « contribuer à la coordination des flux de travail et d'information au sein des unités cliniques, mais également entre ces unités cliniques et les fonctions supports qui interagissent avec elles »²³. Donnant corps à cette performance collective et processuelle, le contrôle de gestion sociale, par une démarche analytique et transversale, permettrait aux établissements d'identifier les déterminants et les conséquences des phénomènes RH pour essayer d'agir au mieux sur les problématiques les plus prégnantes.

²³ Baly, O., *op. cit.*, p.13

Entre autres thématiques d'application, l'absentéisme présente une situation paradoxale : « phénomène unanimement reconnu comme important, il est peu géré dans le détail, faute d'outils précis, mais aussi faute de volonté ou de temps »²⁴, probablement en raison de la complexité de l'interaction des facteurs. L'enjeu consiste alors à développer des modalités de mesure fiables afin d'en tirer des pistes d'analyse à vocation de compréhension et d'atténuation du phénomène (spécificité des arrêts, par nature et par âge ; saisonnalité ; désorganisation du service ; conflictualité ...). A court terme, il s'agit de développer un dispositif de pilotage et d'évaluation de la compensation des effets de l'absentéisme (auto-remplacements, statuts 25, rappels sur congés, mobilités et « droits » à compenser ...), que de plus en plus d'établissements formalisent par un protocole de remplacement adossé aux données du contrôle de gestion sociale. Mais à plus long terme, il s'agit surtout d'interroger les organisations de travail pour identifier les causes endogènes favorisant l'absentéisme (prévention insuffisante, coordination des temps entre professionnels non pertinente, manque d'autonomie, de reconnaissance, ...). Cette démarche réflexive consistant « à remonter des effets constatés du travail sur la santé aux phénomènes organisationnels qui en sont à l'origine puis arriver à transformer ces derniers »²⁵, donc à identifier des causes sous-jacentes, requiert la capacité des établissements à se doter d'outils à même d'identifier les facteurs d'absentéisme et de susciter un dialogue autour des organisations. Cela implique de développer des indicateurs qui soient porteurs « d'une réflexion que l'organisation pourrait initier sur la compréhension et la réduction de l'absentéisme ou sur une meilleure gestion de ses effets »²⁶.

« La pertinence et l'opérationnalité d'un tableau de bord dans le champ RH dépendent d'abord d'une méthodologie de construction rigoureuse »²⁷, afin que le système de pilotage social soit ainsi capable, selon Joëlle Imbert, d'agrèger cinq qualités intrinsèques : la prédictibilité, la réactivité, l'alignement sur la stratégie, l'identification de la performance RH, la cohérence des actions RH et la professionnalisation de la fonction²⁸. Le déploiement d'un système de management de contrôle de gestion sociale doit donc préserver la qualité technique du dispositif. Pour autant, il s'agit également de ne pas surestimer cette vision essentiellement « technicienne » des outils et pondérer cette approche par une réflexion sur leurs effets managériaux et leurs usages concrets.

²⁴ Brami, L., Damart, S., Detchessahar, M., Devigne, M., Habib, J., Kletz, F., Krhomer, C., *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : comprendre et agir*, Presses des Mines, 2014, p. 70

²⁵ Ollivier, E., « De la gestion de l'absentéisme à un management durable : une attente forte pour le contrôle de gestion social mais des informations inertes »

²⁶ Brami, L., *et alii*, *op. cit.*, p.70

²⁷ Lartigau, J., *op. cit.*, p. 209

²⁸ Imbert, J., *Les tableaux de bord RH*, Eyrolles, 2014, p. 157

2 Mobiliser les professionnels : les enjeux managériaux du contrôle de gestion sociale

Envisager la diffusion d'outils de gestion requiert de se prémunir contre une vision tant instrumentale que déterministe. La question « tient moins à la conception d'outils de gestion efficaces qu'elle ne renvoie à une interrogation sur les effets, attendus ou inattendus, produits par ces outils sur les dynamiques organisationnelles et l'action collective »²⁹. En effet, leur déploiement au sein d'un écosystème professionnel hospitalier ne garantit ni leur usage ni une mobilisation adéquate. Il ne s'agit pas ici de proposer une approche exhaustive des enjeux³⁰, mais plutôt d'entretenir une interrogation sur les effets sous-jacents des indicateurs et tableaux de bord RH, afin de mettre en évidence leur potentiel intégrateur (A), mais aussi les précautions nécessaires à son expression (B). Enfin, les modalités de management de contrôle de gestion classique développées à Douarnenez pourraient fournir un socle au volet RH (C).

2.1 Le contrôle de gestion sociale : des potentiels de mobilisation des professionnels autour des enjeux RH d'un établissement

Les hôpitaux sont des organisations particulièrement complexes par la technicité et la multitude des enjeux qui s'y entrecroisent, par la prégnance des logiques professionnelles et l'autonomie relative dont disposent les différentes filières. Face au risque de cloisonnement et de mauvaise perception des enjeux, le partage d'outils RH pourrait porter une dynamique plus inclusive.

2.1.1 Les dispositifs de gestion, supports d'une dynamique d'apprentissage

Les évolutions de la gouvernance ont accordé aux personnels médicaux des responsabilités étendues. Afin de faciliter leur sensibilisation aux enjeux gestionnaires et l'entente autour d'un « sens commun », la mobilisation d'outils de pilotage et d'espaces de coordination adjacents est un atout. En effet, ces outils ne sont pas inertes. Selon le contexte et leur usage, ils développent des effets d'apprentissage. S'intéressant aux effets de l'emploi d'indicateurs qualité dans les hôpitaux, la HAS mettait ainsi en évidence le « phénomène d'acquisition de compétences qui, plus ou moins profondément, plus ou moins durablement, modifie les façons de définir et juger les pratiques et finalement le

²⁹ Grimand, A., « L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences », *Management & avenir*, n°54, 2012/4, p. 238

³⁰ Pour une analyse approfondie, voir Aubin, C., *Décider à l'hôpital*, *op. cit.*

contenu mêmes des pratiques »³¹. Si l'influence des indicateurs dépend de la conjonction de facteurs favorables, leur usage répété, notamment dans le domaine RH, pourrait toutefois contribuer à initier une dynamique de « cadrage » des représentations des responsables d'unités. Néanmoins, les caractères intrinsèques des outils s'imposent rarement d'eux-mêmes : l'apparition d'effets d'apprentissage demande des partenaires un certain niveau d'appropriation (c'est-à-dire « une maîtrise cognitive croissante de l'objet technique, une intégration significative de cet objet dans les routines de l'acteur, une dimension de création, de nouveauté rendue possible par l'usage de cet outil »³²). En guise d'illustration : les responsables d'unités sont parfaitement au fait de l'enjeu de l'absentéisme, de ses impacts. En revanche, les modalités administratives de compensation ne leur sont pas nécessairement familières, alors même que les encadrants ont un rôle crucial dont ils n'ont pas toujours conscience, faute de ressentir l'enjeu de la bonne affectation des personnels remplaçants (statut 25), du bon suivi de leur mouvement, de son influence sur les compensations. Des outils de contrôle de gestion sociale orientés vers le remplacement sensibiliseraient aux enjeux de la compensation de l'absentéisme.

Il relève alors de la direction, à l'origine du projet de pilotage RH, de créer un cadre favorable à l'appropriation. Le témoignage d'un des Directeurs des Ressources Humaines interrogés atteste de l'enjeu : « notre drame, c'est que nous avons de très bons techniciens, mais tout le monde jargonne. Il manque des passeurs ». Il importe donc d'accompagner la diffusion du pilotage d'un dispositif d'échange à même d'amorcer un travail de « traduction », relevant de relais internes et placés à l'interface entre les besoins de la direction et ceux des opérationnels. Empruntant aux travaux menés notamment par Michel Callon, ce concept de traduction fait référence aux modalités par lesquelles les positions d'acteurs aux fonctions hétérogènes vont « converger » vers un accord sur la définition des enjeux et permettre ainsi la constitution d'un réseau d'acteurs. L'identification de « traducteurs », capables d'hybrider des instruments de pilotage et faciliter leur appropriation, est ainsi particulièrement utile. A condition d'instaurer des espaces de débat sur les instruments (signification, modalités d'utilisation, intérêts et utilité), propices à l'expression d'une approche réflexive des responsables vis-à-vis de leurs pratiques RH ainsi qu'au développement de modes d'apprentissage interrogeant leur compréhension des événements et leur donnant à voir les effets de leurs décisions sur la performance RH.

2.1.2 Le dialogue de gestion sociale, catalyseur des interactions entre partenaires

Suivant la façon dont les professionnels s'en saisissent, les tableaux de bord RH peuvent constituer des ressources pour faire évoluer les configurations d'acteurs d'un

³¹ Benamouzig, D., Robelet, M., Bertillot, H., Levif, M., Velpry, L., Michel, P., Tricaud-Vialle, S., Perez, C., *La généralisation des indicateurs qualité en Aquitaine, Entre contraintes et apprentissages, Une étude sociologique*, Haute Autorité de Santé, 2011, p. 112.

³² Grimand, A., *op.cit*, p. 242

établissement et ainsi promouvoir une plus grande transversalité dans les interactions entre « univers » professionnels. Selon Henry Mintzberg (*structures et dynamiques des organisations*, 1982), les hôpitaux incarnent l'idéal-type des « bureaucraties professionnelles ». Les services en constituent l'élément déterminant, au centre desquels sont placés des professionnels dotés d'une éthique forte, dont la position à l'égard des outils de gestion s'exprime souvent sur le mode de la réticence voire de la défiance, générant un risque de dysfonctionnement : « La coexistence de logiques d'acteurs différenciées au sein d'une même unité et, *a fortiori* dans des unités différentes, provoque également des ruptures dans le développement des processus »³³. Le contrôle de gestion sociale peut alors jouer un rôle de catalyseur en faisant advenir un « sens commun », une proximité de vue sur des thématiques transversales (coordination des temps professionnels, implications pluri-professionnelles, imbrication des thématiques RH et de la qualité de la prise en charge ...). Un dialogue de gestion sociale, combinant représentants de l'administration, des filières soignante et médicale est porteur d'une « hybridation des compétences », soulignée par la HAS sur la politique qualité : « La proximité de compétences multiples, quelles que soient ses modalités [...] diffuse et entretient l'idée que les frontières entre des domaines de compétences et des domaines d'action et de décision variés [...] ne sont pas étanches »³⁴. De la capacité à démontrer les interactions entre enjeux cliniques, organisation des services et aspects RH (organisation médicale et qualité de l'organisation du travail des soignants, modalités de compensation de l'absentéisme et qualité des soins, organisation du service – politique de formation – sécurité de la prise en charge ...), dépendra probablement l'émergence d'un diagnostic et d'actions partagés.

L'introduction de dispositifs de pilotage RH, par l'enrichissement de l'information sociale et sa diffusion avisée, apporte des évolutions dans les rôles des professionnels, dans la perception qu'ils ont de leurs partenaires et laisse ainsi entrevoir des possibilités de valoriser les fonctions. En particulier, par la meilleure compréhension des spécificités RH des pôles et services, l'établissement plus généralement (mise en évidence des articulations, des circuits de décision ...), le déploiement d'outils de pilotage intègre de ce fait l'une des préconisations du rapport Couty, en faveur de la reconnaissance du rôle des cadres de santé dans les thématiques RH (gestion des effectifs, participation au recrutement, organisation du travail, gestion des mouvements, adaptation des moyens, fidélisation...)³⁵. La mise à disposition des cadres d'outils de pilotage permettrait alors de conforter leur maîtrise RH, renforcer la pertinence de leurs décisions pour ainsi asseoir leurs fonctions d'encadrement, d'autorité et de partenaire auprès des équipes. Mais l'évolution de cette configuration des relations apparaît aussi comme l'opportunité de

³³ Nobre, Th., *Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ?*, 21e Congrès de l'AFC, mai 2000.

³⁴ Benamouzig, D., et alii, *op. cit.*, p. 142

³⁵ Couty, E., Scotton, C., *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, mars 2013.

promouvoir une « autre image de la DRH » selon un directeur rencontré. Atténuant sa vocation administrative, toujours essentielle, le déploiement d'un contrôle de gestion sociale accentue le positionnement stratégique de la DRH, renforce sa centralité par une meilleure connaissance des spécificités et besoins des services, et conforte son expertise et son rôle de ressource pour les services. L'introduction d'indicateurs et de tableaux de bord sociaux contribue alors à favoriser la légitimité de la DRH par la construction d'un argumentaire fondé sur une analyse dont elle aura la maîtrise et par la mise en œuvre d'une démarche pédagogique et de conviction des responsables opérationnels, afin d'encadrer le dialogue et d'établir un terrain favorable à l'appropriation des outils et des logiques RH.

2.1.3 Vers une interrogation de l'apport du contrôle de gestion sociale à la construction du sens

Les évolutions de l'organisation hospitalière ont nourri de nombreuses interrogations sur la « qualité de vie au travail », sur le « sens » du et dans le travail. La complexité des structures, les enjeux humains, les injonctions de rationalisation, attisent un besoin de saisir l'origine et les intentions de son action et d'identifier sa contribution aux missions de l'institution. Il s'agit alors de « construire » un sens, rarement évident dans un contexte complexe. Selon Karl Weick (*Sensemaking in organizations*, 1995), la construction du sens se nourrit de la confrontation entre, d'une part, les cadres d'interprétation élaborés sur la base de valeurs, de récits organisationnels et, d'autre part, les représentations du contexte modelées par les individus qui, suivant les caractéristiques de l'organisation, investiront plus ou moins activement la construction de sens. Cette démarche dialogique entre éléments organisationnels et individuels, laisse donc un rôle à l'établissement et aux managers, à l'adresse desquels Weick formule un certain nombre d'indications (dire ce que l'on fait, proposer des réunions, prendre en considération les attentes, ...) comme le rappelle Hervé Laroche³⁶.

L'usage d'indicateurs sociaux nécessite une attention particulière quant à leurs fondements et leurs finalités. En effet, le recours généralisé aux outils de pilotage, leurs interférences, la sédimentation et la cristallisation d'instruments dont la pertinence s'estomperait, sont autant de risques à anticiper. Il s'agit alors de veiller à l'intelligibilité des outils et démontrer leur utilité : la démarche de traduction opérée autour du contrôle de gestion sociale est alors importante afin de favoriser son appropriation par les partenaires. A cette condition, les outils de pilotage peuvent être mis à contribution pour rendre plus tangible la trajectoire de l'établissement en matière RH. La définition de la stratégie, validée par les instances de l'établissement, traduite en objectifs dans les contrats de pôles et précisés au niveau des services, permet aux responsables de contextualiser les attendus.

³⁶ Laroche, H., « Karl. E. Weick, (1995) "Sensemaking in Organisations" », Sage, Thousand Oaks, Californie, in *Sociologie du travail*, avril – juin 1996

Cette déclinaison stratégique et le rappel des attentes permet, en outre, de favoriser une projection des cadres et des équipes et d'instaurer une stabilité et une certaine confiance entre les différents partenaires de l'établissement par la délimitation des responsabilités.

Au niveau managérial, le contrôle de gestion sociale pourrait tout aussi bien représenter une tentative d'intégrer davantage les agents à la vie de leur service. Alors que semblent prospérer les invitations à « restaurer des espaces de dialogue, de concertation et d'information »³⁷, à « mettre en débat le travail »³⁸, à refonder un collectif de travail, à « valoriser les contributions de chacun et donner la possibilité à tous de prendre la parole et d'être reconnu [...] »³⁹, l'élaboration, la diffusion d'une information sociale dans une démarche pédagogique pourrait servir de support au dialogue dans les équipes. En resituant la participation de chacun aux missions du service, en historicisant et en analysant les événements, en démontrant les résolutions apportées aux difficultés, en rappelant les avancées du projet de service, il s'agit d'essayer de souder une communauté de travail, de discuter des problèmes (coordinations interprofessionnelles ...) et tenter de faciliter la mobilisation des agents par une appropriation de leur environnement de travail. Les cadres ont un rôle déterminant, car la mise à disposition d'informations sociales n'en reste pas moins sensible. Il leur appartient de sélectionner et préparer la diffusion des informations afin d'encadrer les discussions et d'élaborer un discours argumenté pour souligner leur rôle de ressources auprès des équipes et réassurer leur position de responsables, notamment en relativisant certains ressentis (sur les rappels, les formations...), en y apportant des contre-points. Les contraintes à l'émergence d'une telle mobilisation ne manquent pas : temps communs réduits, turn-over et difficultés à se projeter, enjeux pécuniaires... Si les informations sociales sur le service peuvent servir d'appui à des espaces de dialogue, leur mobilisation dépendra avant tout de la maturité de l'établissement.

Les opportunités que laisse entrevoir l'implantation d'un dispositif de contrôle de gestion sociale ne doivent cependant pas inciter à faire l'économie d'une réflexion sur les risques dont il pourrait aussi être porteur.

2.2 Le déploiement du contrôle de gestions sociale : des risques à anticiper pour garantir une implantation de qualité

La capacité de la direction de l'établissement à anticiper les contraintes et les risques du dispositif est alors indispensable pour adopter une méthode pertinente de déploiement, la plus appropriée à l'expression de ses potentiels et à l'atténuation de ses désagréments.

³⁷ Couty, E., Scotton, C. *op. cit.*

³⁸ *Les espaces de discussion sur le travail, un outil pour mettre en débat le travail*, HAS – ANCT/ARACT, septembre 2017

³⁹ Héloïse Haliday, « tenants et aboutissants de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé : une revue de littérature », in *Qualité de vie au travail : les actions à partager, les engagements attendus*, FHF, 2018,

2.2.1 L'excès de confiance ou le risque de surestimation des capacités des outils de pilotage RH

Un dispositif de contrôle de gestion sociale qui compterait uniquement sur les qualités intrinsèques de ses instruments suffit rarement à garantir leur appropriation authentique, pourtant indispensable à l'expression des potentiels de pilotage et de mobilisation des acteurs. A rebours d'une tentation déterministe, il s'agit alors d'accompagner l'implantation de ces instruments par une démarche de cheminement méthodique. Elle implique, au préalable, de définir des objectifs à l'aune desquels sera évaluée la situation des services. Or, en termes de pilotage RH ou plus largement de pilotage des politiques publiques, la définition d'indicateurs artificiels ou inappropriés aux enjeux pourrait servir « d'alibi à l'absence de débat sur des sujets plus litigieux comme les objectifs des politiques publiques ou la mesure de leurs externalités »⁴⁰. Alors qu'une entente sur l'état des lieux de la situation RH d'une unité, sur les enjeux, les objectifs et les moyens à disposition nécessite du temps et des négociations souvent difficiles, le risque est de reléguer au second plan la stratégie et les objectifs qui devraient constituer le fil conducteur du pilotage.

La légitimité des outils de gestion et leur adéquation aux enjeux sont également importantes pour assurer la pérennité de la démarche. Si les outils recèlent des ressources de légitimité pour les experts RH, celle-ci reste à construire auprès de leurs partenaires. Ces outils sont aussi porteurs d'une tension entre transparence - contrôle et assistance, source d'une certaine défiance. L'enjeu pour le pilote du contrôle de gestion sociale est donc d'apparaître comme un « conseiller » davantage que comme un « contrôleur » : par une sensibilisation préalable aux enjeux RH, par sa pédagogie, par sa capacité à identifier et proposer des leviers d'actions aux cadres (par exemple par le biais de chartes ou de protocoles) qui saisiront mieux ainsi les circuits de décision et de résorption des difficultés. Sans cela, les outils de pilotage apparaissent davantage comme des instruments de surveillance et de conformité, source de probables démotivation et désengagement. « Des indicateurs, c'est bien ... mais qu'est-ce qu'on en fait ? » Cette remarque formulée par un cadre lors de nos entretiens traduit la circonspection qui peut prévaloir face à la mise en place des dispositifs de pilotage. Le sens de la démarche, ainsi que son utilité, ne sont pas évidents et naturels. Il s'agit alors de faire la démonstration de la pertinence des outils, éclairer la finalité qui les sous-tend. La phase de déploiement est donc une étape critique : diagnostic des enjeux, recensement des besoins et des ressources, contextualisation des outils, ... par ces quelques précautions, en redonnant du sens à la démarche, « des outils,

⁴⁰ Chatelain-Ponroy, S., Sponem, S., « Culture du résultat et pilotage par les indicateurs dans le secteur public », in Pras, B. (coord.), *Management : enjeux de demain*, Vuibert, 2009, p. 7

utiles et souvent indispensables pour mener à bien des réformes, redeviennent alors ce qu'ils auraient dû toujours être, à savoir des moyens et non des fins en soi »⁴¹.

2.2.2 La multiplication des indicateurs ou le risque de « l'infobésité »

De nombreux secteurs de l'hôpital ont vu se multiplier des indicateurs pour tenter d'en réduire la complexité par la modélisation de leur état et de leur évolution. Que l'origine en revienne aux contraintes réglementaires ou d'un mouvement interne, les indicateurs sont désormais largement mobilisés. Avec le développement des systèmes d'information, la tentation est grande de multiplier les indicateurs pour être certains de border le pilotage et les processus. Mais « si une information optimale est nécessaire pour prendre des décisions, la recherche de données supplémentaires aboutit à une dégradation du processus décisionnel voire à une paralysie des capacités de faire le bon choix »⁴². L'enjeu pour un établissement est alors de trouver un juste niveau d'information, tout en sécurisant sa capacité d'analyse pour transformer une simple donnée en information consolidée, contextualisée. Le bon dimensionnement du contrôle de gestion sociale aux ressources de la cellule de pilotage RH est alors le facteur incontournable de la pertinence de la démarche.

Cette recherche d'équilibre est un enjeu d'autant plus nécessaire que le mauvais dimensionnement altère également les effets managériaux de la mobilisation du dispositif. L'ajout d'un nouvel outil s'intègre dans une constellation d'autres instruments de pilotage qui peuvent requérir la présence des mêmes professionnels dont la disponibilité se verrait d'autant plus contrainte : dans une période où les cadres de santé apparaissent de plus en plus éloignés du terrain (voir Bami *et alii*), leur sollicitation par de nouvelles instances de coordination ou de pilotage pourrait sembler délicate. Au-delà de cette contrainte temporelle, le foisonnement d'indicateurs risque également d'atténuer les modalités d'appropriation des outils de pilotage et ainsi d'amoindrir les effets d'apprentissage, d'hybridation qu'ils auraient pu induire. La complexité du calcul, donc les hypothèses sur lesquelles ils reposent, les enseignements à retirer ... sont alors d'autant plus difficiles à saisir pour les responsables opérationnels et réduisent significativement la portée de la démarche. Afin de la préserver des risques de frustration, de découragement et de superficialité entraînée par une surcharge d'information, le déploiement doit réserver une place importante à l'évaluation du dimensionnement des ressources mobilisées ainsi qu'à une veille institutionnelle sur les indicateurs et les outils de gestion pour prévenir une surabondance d'informations et la dégradation de leur pertinence.

⁴¹ Bartoli, A., Trosa, S., *Les paradoxes du management par le sens*, Presses de l'EHESP, 2016, p.10

⁴² Vulbeau, A., « Contrepoint – l'infobésité et les risques de la surinformation », *Informations sociales*, 2015/5 (n°191).

2.2.3 L'enfermement ou le risque d'un affaiblissement de la pertinence et de la transversalité des indicateurs

Les effets de décloisonnement du pilotage RH ne sont pas automatiques : « faire de l'indicateur un élément clé de son management suppose de valider l'hypothèse implicite selon laquelle tout ce qui est important dans une activité est mesurable de façon aisée, objective et fiable. Ou de se résigner à ce que seul ce qui est mesurable (aisément, objectivement et de façon fiable) soit considéré comme important »⁴³. Une faiblesse dans l'accompagnement de l'implantation engendrerait un risque d'« enfermement » induit par un effet de myopie. Un système de pilotage contribue à sélectionner les choix de décisions et prioriser les actions identifiées et mesurées. Le paramétrage des outils est alors primordial afin d'éviter que des indicateurs « simples » dans leur construction et leur mesure (le nombre de formations AFGSU ...) ne prennent le pas sur d'autres indicateurs plus complexes mais aussi plus pertinents pour un pilotage de long terme (taux de couverture des compétences nécessaires au fonctionnement d'un service de soins palliatifs ... impliquant un dimensionnement préalable de ressources nécessaires). Corollaire d'un effet de myopie, un système mal calibré risquerait également de favoriser l'apparition d'un « effet-tunnel ». Au lieu de contribuer à une meilleure compréhension des interactions entre les différentes unités, des tableaux de bords dont les défauts n'auraient pas été suffisamment anticipés inciteraient les responsables à veiller à un pilotage de qualité mais restreint à leur périmètre, au détriment d'une sensibilité plus transversale et d'une préoccupation pour les externalités d'une bonne coordination entre les différentes unités (l'organisation de travail d'un service et la capacité des équipes à prendre en charge les patients d'une manière optimale ont des répercussions sur les flux internes par la libération de lits pour les patients en provenance d'un autre service) donc sur les conditions de travail globales.

Il appartient alors au système de management du contrôle de gestion sociale de prendre en compte ses propres limites pour en atténuer leur étendue. La promotion d'une dynamique collective assise sur un dialogue RH pourrait constituer une parade au cloisonnement et à l'effet myopie des indicateurs. Il s'agit alors de faciliter l'émergence de discussions entre les responsables opérationnels d'un même pôle et entre les pôles, afin de rappeler la nécessité d'une perspective systémique. Les phénomènes RH, souvent multifactoriels, impliquent de définir un cheminement collectif pour identifier leurs différents paramètres. A titre d'illustration, l'usage d'indicateurs d'absentéisme est insuffisant s'il n'est pas accompagné d'une démarche compréhensive et collective permettant d'identifier les interférences des diverses interventions. En outre, « les effets d'une action sur l'absentéisme peuvent apparaître sur un terme plus ou moins long, en impliquant par

⁴³ Chatelain-Ponroy, S., Sponem, S, *op. cit.*, p. 4

exemple des changements culturels profonds et des transformations des habitudes de fonctionnement ancrées depuis plusieurs années »⁴⁴. L'animation d'un dialogue autour de l'absentéisme doit ainsi permettre de contextualiser les enjeux, d'identifier les variables et tenter d'y apporter une réponse coordonnée. Il importe également de repositionner les tableaux de bord RH dans une perspective stratégique pour atténuer l'effet d'une focalisation sur le court-terme. Dans ce cadre, au simple « dialogue de gestion » il s'agirait alors, suivant l'invitation de Cédric Aubin, de promouvoir des instances de « dialogue de pilotage »⁴⁵ afin d'éviter de resserrer les discussions sur des enjeux simplement gestionnaires, de constat des écarts aux objectifs et réintroduire une perspective stratégique et collaborative entre les fonctions supports et cliniques.

Le déploiement du contrôle de gestion sociale est un moment critique. L'identification des facteurs de risque ou des contraintes spécifiques à un établissement, est alors essentielle pour garantir la pertinence de la démarche. Une évaluation de la sensibilité des partenaires aux enjeux RH est indissociable d'un déploiement adapté à la configuration des interactions. Si en matière de « gouvernance » du contrôle de gestion sociale le Centre Hospitalier de Douarnenez est en période de renforcement, il semble qu'il pourrait s'appuyer sur des éléments plutôt favorables à son éventuel déploiement.

2.3 Au Centre Hospitalier de Douarnenez, un début de système de management du contrôle de gestion qui tend à porter ses fruits

L'hôpital de Douarnenez a en effet renforcé ces dernières années le contrôle de gestion générale et a instauré un dialogue de gestion formalisé entre la direction et les pôles dont les responsables semblent progressivement s'approprier les outils et les analyses.

2.3.1 Un dialogue de gestion émergent, socle d'un éventuel pilotage RH formalisé

Le CHDZ a souhaité renforcer ses fonctions de pilotage, notamment en confortant la cellule de contrôle de gestion générale, rattachée à la direction des affaires financières. Outre le renforcement du pilotage stratégique, l'établissement a aussi souhaité améliorer le suivi de la contractualisation polaire. Sur la base d'objectifs cibles définis par les contrats, le pilotage de l'activité des entités de l'établissement s'adosse sur un suivi en routine des réalisations mais aussi sur des espaces de dialogue rénovés entre la direction et les deux pôles qui se concrétisent par un reporting et des revues de pôle organisées à échéances régulières. Ils sont l'occasion pour la direction de faire une évaluation de l'activité des unités sur la période écoulée à partir de plusieurs indicateurs (DMS, hospitalisations, recettes...), d'identifier et d'investiguer les écarts puis envisager des leviers de correction. Selon le

⁴⁴ Brami, L., Damart, S., Detchessahar, M., Devigne, M., Habib, J., Kletz, F., Krhomer, C.; *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : comprendre et agir*, Presses des Mines, 2014, p. 120

⁴⁵ Aubin, C., *op. cit.*

niveau de réalisation des objectifs, des modalités d'intéressement (investissements supplémentaires) peuvent être déclenchées. D'autres occasions d'échanges, moins formalisées, ont été définies : en particulier, des études ponctuelles peuvent être demandées par les unités sur plusieurs thématiques afin de leur permettre de mieux cerner leurs enjeux et difficultés et leur donner les moyens de les corriger.

Les prémisses d'intégration verticale entre la direction et les centres opérationnels ont donc été initiées. Ces rencontres, d'introduction encore récente, permettent de renforcer la démarche de pilotage et de favoriser une dynamique de convergence. En outre, la démarche permet également d'envisager une compréhension de l'interdépendance entre les différentes entités de l'établissement. Le format du dialogue de pôle qui a ainsi été esquissé pourrait éventuellement servir d'instance de discussion autour des enjeux RH, sans ajouter un espace supplémentaire, tout en organisant ces échanges. Pour autant, si cette formalisation pourrait émerger, notamment à la suite de la définition d'objectifs cibles en matière RH dans les contrats de pôle, des instances de pilotage RH existent d'ores et déjà, avec une vocation pragmatique. Des réunions hebdomadaires interviennent entre la direction des ressources humaines et la direction des soins afin d'apporter des réponses aux perturbations induites par les absences de personnels, dans un contexte de difficultés de recrutement. Ces réunions régulières constituent ainsi une ébauche de dialogue de gestion RH, bien que restreinte : pour l'heure, seuls le directeur des ressources humaines, l'attachée, les cadres supérieurs et la directrice des soins y participent. En outre, ces rencontres sont d'abord guidées par une volonté de résorption rapide des difficultés courantes. La mise en place d'un dispositif du contrôle de gestion RH constituerait ainsi un atout, sur la base duquel pourra émerger un dialogue autour d'un groupe éventuellement élargi aux chefs et cadres de pôle et de service, selon les choix de la direction.

2.3.2 Un début d'appropriation des outils de contrôle de gestion par les responsables opérationnels

Les effets de mobilisation des professionnels autour des enjeux du pilotage semblent s'affirmer. Plusieurs indices le laissent penser et, en premier lieu, les modalités de construction des indicateurs et tableaux de bord, qui ont fait l'objet d'amendements et d'une validation rapide. En matière de ressources humaines, plus précisément, des outils ont été développés spontanément par la direction des soins et plusieurs indicateurs (absentéisme notamment) sont déjà mobilisés par les professionnels. Le futur dispositif pourrait préserver, au moins temporairement, ces indicateurs tout en les consolidant (calcul, méthodologie) ou en les réorientant sur des aspects plus pertinents. Cette sensibilité aux enjeux de pilotage, se traduit également, par « l'hybridation » des outils (Benamouzig *et alii*) mis à disposition, en même temps qu'elle favorise une hybridation des compétences des professionnels par croisement des enjeux cliniques et gestionnaires. Des indicateurs

spécifiques ont ainsi été développés par la cellule de contrôle de gestion afin de répondre plus précisément aux besoins des responsables de pôle et de service et leur permettre d'imbriquer perspective clinique et pilotage médico-économique de leurs unités.

Ce début d'appropriation se traduit par une ébauche d'intégration horizontale et une meilleure compréhension des articulations et de leurs enjeux. Les réflexions menées sur la fluidification du parcours des patients entre les services en sont une illustration. En effet, le suivi des indicateurs d'activité ayant permis d'identifier une Durée Moyenne de Séjours (DMS) particulièrement élevée dans certaines unités, les responsables des services concernés ont interrogé, avec la cellule de contrôle de gestion, les causes de cette anomalie. Les études réalisées ont permis d'identifier une faille dans la coordination et dans les prises en charge extra-hospitalières d'aval pour les patients complexes. Cette investigation pour interroger les organisations, démontrer les difficultés et éclairer les anomalies, traduit une dynamique initiée au niveau du contrôle de gestion générale, répliquée lors des réunions des cadres de pôles avec leurs cadres, qui pourrait constituer un atout dans la perspective du renforcement du contrôle de gestion RH. Pour autant, cette familiarisation n'était pas évidente au regard du sentiment d'incomplétude des formations « gestionnaires » que nous ont formulé les cadres interrogés. La sensibilisation des relais opérationnels a donc dû être en partie assurée par des dispositifs pédagogiques internes : l'élaboration conjointe, *via* des discussions sur les indicateurs, leurs hypothèses, leur calcul, leurs limites, a ainsi été identifiée comme un moment important, facilitant la sensibilisation à la démarche de contrôle de gestion et aux raisonnements médico-économiques. De même, la mise à disposition d'une base documentaire et d'un référentiel des indicateurs participe également d'une meilleure compréhension de la méthode et des résultats. Dans la perspective de son renforcement, le contrôle de gestion sociale pourrait disposer d'un terrain favorable qui pourrait être conforté sur certains aspects, sans requérir de sollicitations trop importantes des responsables, déjà mobilisés sur d'autres volets.

Quoi qu'il en soit, l'existence préalable d'outils de contrôle de gestion et les débuts de sensibilisation ne doit pas relativiser l'importance de crédibiliser le projet auprès des partenaires. La dimension instrumentale du pilotage doit alors être panachée par une démarche managériale de déploiement : « En résumé, pour qu'elle soit efficace, il ne faut pas faire de la culture du résultat une fin en soi qui servirait à contrôler, à motiver, à évaluer les individus, à travers des responsables, voire à désigner des coupables. Il faut au contraire, faire des rituels qui l'accompagnent un moyen pour échanger, apprendre, expérimenter, partager les bonnes pratiques et améliorer les processus »⁴⁶. La bonne conception du déploiement est donc une condition de réussite.

⁴⁶ Chatelain-Ponroy, S., Sponem, S., *op. cit.*, p.9

3 Privilégier une démarche globale de déploiement, intégrant les différents effets du contrôle de gestion sociale

La pertinence du dispositif de pilotage RH tient donc autant à la rigueur de sa construction, qu'à la méthode de déploiement qui contribuera à solidifier une communauté autour de son usage. Par sa logistique d'implantation, il s'agit en effet de garantir la soutenabilité d'un vrai système de management du contrôle de gestion sociale, caractérisé par une mobilisation authentique des partenaires, leur interactivité, ainsi qu'une démarche itérative d'analyse et de perfectionnement. A cette fin, la construction de la légitimité du projet nous semble un point important (A). En outre, une participation suffisamment élargie devrait être envisagée pour que les effets intégrateurs de l'implantation puissent se développer (B). Enfin, à partir de ces garde-fous, nous proposerons un processus de déploiement de ces outils, détaillé en annexe (C).

3.1 Construire la légitimité du projet de déploiement d'un système de management du contrôle de gestion sociale

Le déploiement transversal du dispositif demande une démarche de construction de sa crédibilité : si la rigueur de la conception et diffusion des outils est indispensable, il semble que la promotion d'une perspective équilibrée du contrôle de gestion sociale, mais aussi une contextualisation de ses outils, soient également des conditions à ne pas négliger.

3.1.1 Promouvoir une méthode rigoureuse

La qualité du déploiement d'outils de pilotage RH exige la mise en œuvre d'une démarche rigoureuse. Les effets d'appropriation, d'apprentissage, de transversalité ne peuvent s'exprimer qu'à la condition que les outils et la démarche d'ensemble soient perçus comme pertinents par les partenaires, qu'ils permettent de répondre aux enjeux des services. Cette rigueur se manifeste en premier lieu dans l'infrastructure du projet de déploiement : de la manière dont sera conçu le processus, de sa capacité à anticiper les difficultés d'implantation et à adapter les ressources, dépendra la qualité du dispositif et son adéquation aux objectifs. En effet, le dimensionnement du projet constitue la phase primordiale : « le projet de tableau de bord doit être délimité avec précision car il engage des ressources à la fois financières et humaines »⁴⁷, avertit Marie-Hélène Millie-Timbal. L'implantation du projet requiert du temps, des compétences humaines et des moyens matériels dont les besoins devront être anticipés. De cette phase préalable découlera la qualité de la diffusion des outils et de l'analyse produite. Dans un second temps, c'est la pertinence de la démarche analytique qui doit être sécurisée : l'organisation hospitalière,

⁴⁷ Millie-Timbal, M-H., *Construire des tableaux de bord vraiment utiles*, Gereso, 2016 p. 21

grâce au FICOM, facilite l'affectation des événements RH, et garantit une image assez fine du fonctionnement des unités. Mais les capacités du système d'information doivent également faire l'objet d'un diagnostic préalable. En dernier lieu, la définition, dès le déploiement, de modalités de réévaluation régulières confortera la constance et la soutenabilité de la démarche afin de prévenir le dispositif contre un possible étiolement.

Cette rigueur s'exprime aussi dans la construction et la présentation des tableaux de bord. Ils n'ont d'intérêt que dans la mesure où ils permettent d'identifier le niveau de réalisation d'un objectif, qui doit aussi présenter un certain nombre de caractéristiques : précis, mesurable, réaliste, compris, il permet de préserver l'établissement contre une faible opérationnalité de l'outil (des fins mal définies, des actions mal identifiées), contre la perte de crédibilité et l'indifférence. Les objectifs poursuivis doivent ainsi répondre aux attentes des commanditaires ou des destinataires, donc avoir fait l'objet d'une certaine entente. Par ailleurs, la qualité intrinsèque des indicateurs représente un autre aspect non négligeable : ils doivent être fiables, compris, rapidement produits (par requête ou automatiquement), véhiculer une information suffisante et permettre la prise de décision. Les effets d'appropriation de la démarche ne peuvent cependant se développer sans la mise à disposition d'un dispositif pédagogique : une base documentaire destinée à éclairer l'indicateur (référentiel, modalités de calcul, origine des données, fréquence ...), ainsi qu'une charte de représentation ergonomique des résultats (baromètre, code couleur ...) facilitant la lecture des données, devront être élaborés dès cette phase de conception.

3.1.2 Contextualiser l'usage des outils

Quelle que soit la qualité technique du dispositif, la contextualisation des outils, leur adaptation aux spécificités de l'établissement est un des enjeux de leur usage durable. Le processus d'implantation vise alors à favoriser « une exploration croisée de l'outil par l'organisation et de l'organisation par l'outil »⁴⁸. Alors que l'établissement cherche à mieux se comprendre à travers la mise en œuvre d'instruments de pilotage, ces derniers peuvent aussi faire l'objet d'une interrogation de la part de l'établissement. La mobilisation de tableaux de bord standards (type ANAP ...), si elle facilite la conception et les comparaisons ultérieures, doit néanmoins passer par une réflexion propre à l'établissement : en dehors des attentes, une analyse préalable de l'environnement de l'hôpital (impacts de la spécificité de la patientèle sur le travail des équipes, conséquences des GHT sur les SIRH, convergence des outils...), de la configuration locale des acteurs (proximité avec les enjeux RH, potentiel de résistance ou d'appropriation...), est indispensable pour anticiper les paramètres qui influenceront sur le déploiement. Leur identification et l'objectivation des facteurs de sélection ou de remaniement des indicateurs est importante dans la perspective de benchmark, la comparaison n'ayant du sens que si ces paramètres sont bien identifiés.

⁴⁸ Grimand, A., *op. cit.* p. 251

Cette contextualisation se traduit également par l'adaptation de l'architecture du dispositif aux spécificités de chaque hôpital. A partir de l'état des lieux du SIRH, de la nature des données et des modalités de collecte, il s'agira, à l'aune des besoins formulés, d'adapter le dimensionnement du dispositif afin d'éviter un risque de surcharge d'information, de perte d'intérêt et de crédibilité du pilotage. Par ailleurs, il s'agira aussi, dès la phase de conception du déploiement, d'envisager les modalités d'adaptation des outils à la capacité croissante d'analyse et aux besoins évolutifs des responsables. Quel que soit le format retenu, l'enjeu est de préserver la souplesse des outils pour permettre une interaction entre la conception et les modalités de leur utilisation. De façon générale, l'anticipation de la dimension temporelle du projet, concrétisée par une dynamique programmée, planifiée et progressive d'utilisation des indicateurs est un des éléments d'une implantation et de mobilisation de long terme des outils : un temps de familiarisation suffisant, un juste dimensionnement du dispositif par un nombre d'indicateurs d'abord modeste, permettraient ainsi de solidifier les usages et les faire entrer dans une routine.

3.1.3 Favoriser l'émergence d'une vision équilibrée du pilotage social

Le principe de mesure des phénomènes sociaux est, en lui-même, porteur de nombreux obstacles qui pourraient se dresser devant son déploiement. Comme le rappelle Jérôme Lartigau⁴⁹, reprenant l'analyse de Le Louarn (*Les tableaux de bord Ressources Humaines*, 2010), qu'elles soient psychologiques (réticence à modéliser les enjeux sociaux, faible sensibilité à la performance RH), conceptuelles (difficultés à établir des relations causales entre des phénomènes aux paramètres multiples et imbriqués) ou encore techniques (faiblesse des SIRH, difficultés à gérer la latence entre la mise en œuvre de décisions RH et leurs effets), toutes ces difficultés sont de nature à nourrir une réticence quant au déploiement d'un pilotage RH. Les premières étapes du déploiement sont donc l'occasion de construire la légitimité du projet, d'autant plus importante que les parties prenantes n'ont pas toujours bénéficié d'une sensibilisation suffisante. Plusieurs leviers peuvent être actionnés : des sessions de formations préalables pourraient être proposées sur des thématiques particulières (absentéisme et perturbation des services, gestion des temps de travail ...). Un rappel du chaînage stratégique (imbrication des projets d'établissement, de pôles ...) et de l'importance de doter chaque responsable d'outils de pilotage ou de veille permettrait aussi de conforter les décisions dans une vocation de convergence vers les objectifs identifiés. Au-delà, il semble tout aussi important d'analyser et éventuellement réorienter les représentations que pourraient s'en faire les opérationnels.

Dans cette perspective, la mobilisation d'un discours institutionnel est à envisager. Les apports de la narrativité (*storytelling*) à la construction de sens ont été mis en évidence

⁴⁹ Lartigau, J., « Piloter et contrôler la gestion des ressources humaines » in *Les nouveaux défis de la GRH à l'hôpital*, s.d. J. Lartigau, Infodium, 2015

notamment par K. Weick (*Sensemaking in Organizations*, 1995) : « les histoires, en effet, sont à la fois plausibles et cohérentes, captent en même temps l'expérience du passé et les attentes pour le futur, sont utilisables rétrospectivement et prospectivement, mêlent pensée et émotion, peuvent être réécrites pour s'adapter au contexte présent, et enfin, sont amusantes à construire »⁵⁰. L'importance du récit apparaît dans une perspective d'accompagnement du changement par la convocation du passé et la projection dans un futur, par la mise en cohérence d'un ensemble d'événements, par la proposition d'une trame d'analyse. « Le récit est un catalyseur utile (Senge, 1999) par sa contribution à la construction collective de sens (Weick, 1979). De même, les histoires relient l'expérience personnelle aux grands récits collectifs, permettant à l'organisation et à la société de parler d'elle à travers chaque individu »⁵¹. Face à la circonspection qui pourrait accompagner le déploiement, il appartient au pilote du projet de proposer un discours articulé sur les enjeux, le sens, l'intérêt pour les professionnels, d'un tel système. La mise en évidence de situations complexes auxquelles un service aurait pu être confronté (un été difficile, marqué par un fort absentéisme et des problématiques de recrutement, ayant fortement perturbé les projets personnels des agents par des rappels sur congés...) et la capacité à projeter les acteurs dans la résolution de difficultés (évaluation des organisations de travail ...) pourrait contribuer à construire la légitimité du projet, quitte à « faire jouer le poids du collectif »⁵². Les effets collectifs de conviction, l'intervention de professionnels acquis, sont un des éléments favorisant la diffusion d'une vision méliorative du contrôle de gestion sociale.

3.2 Envisager une participation élargie autour du déploiement du système de management du contrôle de gestion sociale

Les responsabilités croissantes des chefs et cadres de pôle et de service leurs ont donné une place d'importance dans la performance globale de l'établissement. En envisageant le déploiement d'un système de contrôle de gestion comme un outil de « conduite du changement » par l'implantation d'outils nouveaux suscitant des interactions redessinées (voir II, A), la participation élargie aux principaux responsables d'un établissement devient centrale. L'attaché d'administration hospitalière, par sa position transversale, peut alors jouer un rôle d'interface et de traducteur.

3.2.1 Planifier le déploiement comme une conduite du changement

L'implantation d'un système de contrôle de gestion sociale doit être envisagée comme une opération d'incitation des responsables à investir un nouveau domaine de

⁵⁰ Laroche, H., « Karl. E. Weick, (1995) "Sensemaking in Organisations" », Sage, Thousand Oaks, Californie, in *Sociologie du travail*, avril – juin 1996, p.227 - 228

⁵¹ Mahy, I., « "Il était une fois ..." Ou la force du récit dans la conduite du changement », *Communication et organisation*, n°33, 2008.

⁵² Benamouzig, D., *et alii*, op. cit, p. 153

pilotage, à faire évoluer leurs pratiques (management, gestion RH) : une démarche progressive d'accompagnement du changement peut alors être envisagée. Plusieurs façons de modéliser le changement dans une organisation ont pu être proposées, mais elles insistent souvent sur son caractère construit, planifié et l'importance de la dimension cognitive. Conceptualisé en 1939 par Kurt Lewin autour de trois phases⁵³ (alternant entre interrogation des représentations, acceptation des nouvelles normes et valeurs, cristallisation des pratiques), le modèle a été enrichi par la suite afin de mieux tenir compte du contexte, des jeux d'acteurs, de la complexité et de la non-linéarité du processus. La première étape d'une démarche passe par l'introduction de l'élément de changement et la prise de conscience de sa nécessité. Reprenant la notion de « traduction » de Callon, Walsh et Renaud mettent ainsi en évidence l'importance de la « problématisation » par laquelle le « traducteur fait en sorte que le changement proposé devienne un point de passage pertinent »⁵⁴ pour les parties prenantes. L'élaboration d'un diagnostic partagé peut alors servir d'élément de preuve du besoin d'évolution, sur lequel s'appuiera un discours de l'institution soulignant l'apport d'outils de pilotage RH non seulement à la performance globale de l'établissement, mais aussi à une organisation des services plus adaptée.

Devenu incontournable aux yeux des partenaires, le changement doit ensuite être accompagné et rendu concret par l'élaboration de pistes d'actions. Cette étape d'opérationnalisation du projet de contrôle de gestion sociale doit aussi s'appuyer sur une stratégie de mobilisation, d'« intéressement » des interlocuteurs, à travers une phase de conviction, de structuration et de verrouillage du discours : « Les stratégies seront construites autour d'une communication persuasive, de la gestion de l'information interne et externe, de la formalisation de certaines activités, de rites et de cérémonies. Si l'intéressement est réussi, il permettra de mettre en place les fondations de l'alignement des actants identifiés »⁵⁵. Des intermédiaires sont alors des ressources sur lesquelles s'appuyer afin d'élargir l'action de conviction vers l'ensemble des destinataires du pilotage RH. Le « changement » se construit, sa légitimité passe par un processus progressif de conviction ou de persuasion, mais aussi par des espaces d'implication et d'échange.

3.2.2 Accompagner le déploiement du contrôle de gestion sociale par une démarche de management de projet

Si la modélisation du changement donne une vision processuelle de la démarche d'implantation, le management de projet apparaît alors comme l'infrastructure collective de cette intention. Une approche collaborative, séquentielle et planifiée est en effet un atout

⁵³ Présentées notamment dans Merdinger-Rumpler, C., Nobre, Th., « Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital », *Gestion 2000*, 2011/3 (volume 28).

⁵⁴ Walsh, I., Renaud, A., « La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de système d'information », *Management & avenir*, 2010/9, (n°39), p. 291

⁵⁵ Walsh, I., Renaud, A., *Ibid.*, p. 292

dans le cadre d'un déploiement qui prend lui-même les aspects d'un projet au sens de Midler (*Modèles gestionnaires et régulations économiques de la conception*, 1996), défini par un « but global » (un pilotage RH) vers lequel sont organisées des ressources, dans une démarche spécifique, temporaire, non linéaire et pluridisciplinaire dans la mesure où « l'atteinte du but ne dépend pas d'un seul paramètre, mais du concours et de l'intégration d'une grande diversité de contributions »⁵⁶. Un comité de pilotage pluriel chargé de la conduite stratégique définirait les axes retenus et les priorités à atteindre. Une équipe de projet, animée par un chef de projet participera, en interaction avec le comité de pilotage, au déroulement opérationnel du processus : définition des objectifs, planification des tâches, sécurisation des points critiques (diagnostic, présentation, validation...), dimensionnement des ressources pour permettre la présentation des livrables dans les délais convenus, évaluation. Le déploiement doit donc lui-même être piloté pour garantir l'adéquation entre la qualité du livrable (le système de management de contrôle de gestion sociale), l'usage des moyens et les délais. Au-delà, la qualité des intervenants et des participants peut également faire l'objet d'une réflexion : dans la mesure où ces instances de conduite de projet servent également de cercles d'appropriation et « d'intéressement », une participation élargie, pluri-professionnelle et extraite d'une logique hiérarchique pourrait être envisagée dès la conception pour faciliter ensuite la diffusion du pilotage RH.

Compte tenu des contraintes et des sollicitations multiples des professionnels, la difficulté tient davantage aux façons de rendre la conduite de projet effective. Selon les cadres interrogés, les possibilités de faire se rencontrer les professionnels d'un hôpital sont restreintes : la disponibilité temporelle et « sociale » des soignants tend à se réduire, entravant leur participation à des projets transversaux. Plus encore, les injonctions à une démarche participative mal anticipées pourraient être, en elles-mêmes, porteuses d'effets déstabilisants pour une structure : « La multiplication des projets d'innovation est vécue comme extrêmement consommatrice de temps par les acteurs. Il en résulte que les cadres sont finalement peu disponibles pour les équipes, soit parce qu'ils sont physiquement absents du service, soit parce que, lorsqu'ils y sont, ils "s'enferment dans leur bureau", comme ils le disent, pour réaliser leur travail gestionnaire en retard »⁵⁷. La participation des responsables opérationnels, si elle peut sembler légitime *a priori*, implique d'être maîtrisée, sans quoi elle aboutirait à une situation paradoxale où, souhaitant améliorer le pilotage RH d'un établissement, on mettrait en difficulté les principaux vecteurs de la gestion RH des unités. Une phase préalable d'évaluation des ressources nécessaires et disponibles devra être réalisée en toute sincérité afin d'identifier les quotités de temps qui pourront être allouées, formalisées dans une lettre de mission, et organiser les éventuelles suppléances des responsables. La répartition des rôles dans le processus est aussi primordiale afin

⁵⁶ Garel, G., « Qu'est-ce que le management de projet », *Informations sociales*, 2011/5 (n°167), p.73

⁵⁷ Brami, L., *et alii*, *op. cit.* p.75

d'identifier les empiétements, une incertitude sur les responsabilités et les risques de sous-optimum collectifs (réunions chronophages non opératoires). Le principe de procuration au niveau des responsables est aussi à envisager. En outre, la capacité de l'animateur du projet à faciliter leur participation (pédagogie, explicitation de l'intérêt du pilotage, climat de confiance, pertinence d'analyse ...) est alors un atout dans la qualité du projet.

3.2.3 L'attaché d'administration hospitalière, un rôle de médiateur adapté aux enjeux du déploiement

Par ses diverses fonctions et son positionnement entre stratégique et opérationnel, l'attaché fait partie du réseau de bénéficiaires potentiels du contrôle de gestion sociale. Qu'il soit responsable RH et bénéficie d'une veille sur les paramètres indispensables au suivi des politiques, ou qu'il soit cadre administratif de pôle et dispose d'un panel d'indicateurs sociaux en complément de données d'activité, le contrôle de gestion sociale est un instrument incontournable de pilotage, autant qu'il constitue un outil favorisant la participation et la coordination des acteurs. Mais, au-delà des usages du dispositif, l'attaché a également un rôle à jouer dans son déploiement. En effet, l'une des caractéristiques du pilotage RH réside dans sa transversalité, dont doit tenir compte le processus de conception et d'implantation. Divers enjeux s'entrecroisent, mêlant la gestion RH, les finances, les systèmes d'information, ou encore les particularités de la gestion des services cliniques et médico-techniques. Cette pluralité d'enjeux est incarnée par divers acteurs : des experts des ressources humaines, des finances, des ingénieurs, des cadres de santé, des chefs de pôle ou des médecins de plus en plus rompus aux problématiques gestionnaires. Face à cette complexité, il appartient alors à l'attaché d'assurer la cohésion des différentes attentes. Son positionnement à l'interface des aspects opérationnels, stratégiques, administratifs, le désignent comme interlocuteur privilégié pour susciter la collaboration des acteurs. Ce recours au « management horizontal » visant à mobiliser des acteurs autonomes, requiert de l'attaché la capacité à définir et mettre en œuvre des techniques de gouvernance et d'organisation des interactions entre les décideurs épars.

L'initiative et la stratégie de déploiement relève de la direction de l'établissement. Mais l'attaché pourrait être amené à jouer un rôle de pilote de projet et de garant de la qualité du déploiement. La confiance des partenaires dans la démarche doit être sécurisée par une qualité d'information exemplaire. Il revient alors à l'attaché de s'assurer de la fiabilité des données recueillies et organisées par SIRH : qu'il s'agisse de leur bonne saisie (entrée dans l'établissement, évolutions de carrière, absences, paie, formations, ...) ou du contrôle *a posteriori* (validité de l'ancienneté dans le grade, des périodes de disponibilité, ...), la vérification des données est indispensable pour asseoir la crédibilité et la qualité du projet. Dans une perspective de pilotage et de dialogue de gestion sociale, une expertise RH et financière, sont également un atout pour proposer une analyse et des pistes d'action. A titre

d'exemple, une stratégie d'atténuation de l'absentéisme implique de maîtriser plusieurs variables, notamment : les multiples motifs d'absence (induisant des impacts différents sur les services et les modalités de compensation) ; la gestion du temps de travail et l'architecture des plannings pour évaluer l'aspect plus ou moins perturbateur d'une absence sur un collectif ; la législation et les pratiques internes relatives au temps de travail ; les diverses modalités de recrutement. La maîtrise de ces données confère à l'attaché une capacité à devenir « traducteur ». Non seulement son expertise permet de transformer une « donnée » RH brute en information articulée, mais son positionnement « intermédiaire » favorise les échanges avec des partenaires moins réticents à exprimer leurs difficultés et leurs attentes face à un interlocuteur plus familier et plus disponible qu'un directeur. Charge alors pour l'attaché de familiariser les professionnels aux enjeux du pilotage RH, par une communication pragmatique et orientée vers l'intérêt pratique du pilotage social.

La pertinence du système dépend donc de plusieurs variables, qui doivent intégrer sa contribution à l'amélioration des performances RH, à l'émergence d'un dialogue de gestion sociale et, enfin, sa capacité à favoriser l'appropriation de l'analyse RH par la communauté des partenaires.

3.3 Proposition d'une démarche chronologique de déploiement d'un système de management du contrôle de gestion sociale (Annexe)

Le tableau de préconisations, placé en annexe, présente des suggestions de déploiement. Si la concrétisation de ces propositions reste aléatoire et très dépendante de leur appropriation et mobilisation par les acteurs, trois étapes nous paraissent toutefois importantes.

3.3.1 Avant : circonscrire le dispositif et fonder les principes du contrôle de gestion sociale.

L'enjeu de cette première phase consiste à établir la crédibilité de la démarche, en sécurisant le dimensionnement du dispositif et les futurs principes de son management.

La stratégie RH définie et validée par les instances, transcrite dans le projet social et les contrats, servira de base non exclusive à la délimitation des objectifs. Le management de projet peut être formalisé dès à présent : la DRH, maître d'ouvrage du dispositif, définira la trajectoire du déploiement. La direction du comité de pilotage pourra alors lui revenir. De même, un chef de projet doit d'ores et déjà être envisagé (le Responsable RH par exemple). Le dimensionnement adéquat du dispositif sur les objectifs à atteindre en termes de RH (prioriser la formation, la réduction de la dette sociale, l'atténuation de l'absentéisme ...). Un état des lieux des ressources et contraintes pourra être réalisé à partir d'un diagramme d'Ishikawa afin de faciliter l'identification de failles potentielles sur les 5 axes traditionnels : la « matière » (données RH), le matériel (SIRH, logistique des rencontres), les

« méthodes » (processus et management du déploiement), les ressources humaines (nombre, qualité des participants, compétences), l'environnement (besoins spécifiques, dialogue de gestion préalable, alliances potentielles, réglementation RH ...). A partir de cette cartographie des forces et des faiblesses l'établissement devra décider s'il considère un déploiement à moyens constants où s'il est pertinent d'investir pour, le cas échéant, préfigurer les améliorations à apporter (formations, SIRH ...) ou accompagner le déploiement (modalités de suppléance). Sa dimension temporelle et l'anticipation visent à parer les discontinuités futures, porteuses d'inadéquation, d'impatience et de perte de crédibilité. Une charte du contrôle de gestion sociale permettra d'éviter l'apparition d'un écart entre les représentations des possibilités du dispositif et la réalité.

Une fois la DRH en confiance avec ce qu'elle attend et ce qu'elle peut proposer, la formalisation du management et du déploiement du dispositif peut être envisagée. Cette étape est l'occasion de construire l'acceptabilité de la démarche : l'engagement de la direction générale, de la direction des soins, du président de CME sera un gage du soutien institutionnel apporté à la démarche. En outre, l'établissement doit rechercher dès maintenant la participation de représentants des relais opérationnels, via l'équipe de projet et d'éventuels groupes de travail chargés d'axes particuliers. L'identification collective des enjeux et l'adaptation des outils aux objectifs sont une précaution indispensable à la constitution des tableaux de bord pour anticiper la survenue de risques (lourdeur du dispositif, adhésion déclinante ...). Cette étape de préparation est le moment pour la DRH de lever les doutes et les réticences des partenaires sur le contrôle de gestion sociale par une communication appropriée et un appareillage pédagogique défini par le chef de projet.

3.3.2 Pendant : « opérationnaliser » le pilotage RH et valoriser l'expérience des relais de terrain

L'enjeu de cette phase est de formaliser les outils de pilotage, en garantissant la qualité de leur conception pour ensuite fonder le management du contrôle de gestion sociale.

Après avoir identifié les objectifs du pilotage RH, l'équipe de projet aura la charge d'élaborer les indicateurs qui alimenteront les tableaux de bord. Un nombre restreint d'indicateurs simples à manier et répondant aux priorités est à privilégier. Pour renforcer leur appropriation, ils s'appuieront sur une base documentaire standardisée (dénomination, signification, modalités et fréquence de calcul, provenance des données, seuil éventuel, charte graphique, responsable), sur un temps de familiarisation de l'équipe de projet ainsi que sur une dynamique de consolidation et de mise en routine des premiers indicateurs à paramètres de calcul constants. Une fois que les partenaires auront gagné en pertinence d'analyse, une introduction progressive de nouveaux indicateurs pourra être envisagée.

Le dialogue de gestion doit être établi : à partir de l'identification des participants, des formats de rencontre (au moins, contrôleur de gestion sociale, chef et cadres d'unités)

et des modalités établies dans le règlement, les ressources et la fréquence des rencontres seront adaptées selon les besoins. C'est une étape centrale par ses ambitions : elle vise à étayer la qualité du pilotage, la réflexivité des pratiques RH, la sincérité des échanges et l'explicitation des difficultés et des contraintes, la possibilité d'un benchmark pertinent, l'appropriation et les effets d'apprentissage de l'analyse RH. L'identification des leviers d'action (protocoles...) pourra s'appuyer sur les analyses des résultats (par exemple, la connexion du tableau de bord à une « charte du remplacement » par le biais de seuils afin de déclencher des modalités de remplacement par progression le long d'un logigramme, dont les points critiques seraient caractérisés par des indicateurs clés...).

En dernier lieu, afin de donner à voir l'importance et l'utilité du contrôle de gestion sociale, il est envisageable de valoriser l'information sociale produite au-delà du pilotage RH : lors des reportings institutionnels, des présentations en instances (bilan social, bilans d'activité...), dans les obligations réglementaires (SAE, ...), dans les rapports d'activité des unités (afin d'en faciliter la rédaction par les cadres et d'en atténuer la dimension contraignante).

3.3.3 Après : évaluer la démarche et donner du sens

L'enjeu est enfin de garantir l'adhésion et la soutenabilité du dispositif par une évaluation de la pertinence des outils, des pratiques et leur adaptation aux besoins émergents.

Le contrôle de gestion sociale est un système de management favorisant une dynamique collective, transversale et itérative, vers une démarche d'amélioration progressive. A cette fin, suivant la logique de la « roue de Deming », le pilotage RH doit permettre une montée en maturité tant dans l'étendue de son périmètre (extension des tableaux de bord, des services suivis, ...) que dans la qualité de l'analyse. Les données doivent ensuite permettre d'auditer régulièrement les pratiques RH et les procédures éventuellement définies. Le système de suivi du déploiement du pilotage RH gagnerait à être maintenu, au moins temporairement, pour garantir une veille institutionnelle et une posture critique à l'égard des indicateurs, nécessaire à la préservation de leur pertinence. Il s'agit alors de faciliter l'adaptation des tableaux de bord et des leviers d'action aux attentes et aux évolutions du contexte, tout en veillant à la tracer.

En outre l'information issue du système de contrôle de gestion sociale pourrait faire l'objet d'une diffusion habile à l'intention des unités. Le dispositif endosse ainsi un rôle d'objectivation du fonctionnement des services, de compréhension des phénomènes RH survenus. Dans la perspective d'une démarche QVT, il s'agit de contextualiser l'action des agents. Le responsable du contrôle de gestion sociale pourrait ainsi être sollicité afin d'élaborer une information sociale, véhiculée en fonction de la situation de l'établissement (espaces de discussions ad hoc, flyers ...). Compte tenu de la sensibilité de la démarche, l'intervention et l'appréciation de la DRH seront incontournables.

Conclusion

Alors que les recompositions du paysage hospitalier ont accentué le besoin d'anticiper les évolutions des paramètres de gestion, l'essor de la fonction de contrôle de gestion sociale vient offrir aux établissements à la fois un dispositif de pilotage des ressources humaines, à la fois une opportunité de révéler et de saisir les modalités structurelles de fonctionnement des pôles et des services ainsi que la qualité de leur articulation et de leur coopération. Pour autant, cette perception immédiate et instrumentale du pilotage social mérite d'être tempérée.

En effet, cette brève présentation visait non seulement à illustrer les vertus d'un système d'aide à la décision sociale, mais aussi à entretenir une réflexion sur l'usage des indicateurs et des tableaux de bord dans un environnement hospitalier. S'ils présentent un certain nombre d'effets avantageux, en matière de familiarisation à l'analyse médico-économique, de sensibilisation aux enjeux de coordination interne et de décloisonnement, de construction de sens pour les unités, leurs limites doivent également être identifiées. C'est à cette condition que leur implantation soutenable préservera la pertinence du pilotage et l'adhésion des partenaires.

Le déploiement de ces outils implique dès lors de se préoccuper des spécificités du management hospitalier. La relative autonomie des filières, l'existence d'identités professionnelles solides, la circonspection à l'égard des thématiques « gestionnaires », amènent à rechercher l'émergence de lieux d'entente et d'espaces d'échange, à laquelle pourrait contribuer, entre autre, le contrôle de gestion sociale. A la condition que sa conduite favorise la médiation et la conversion des enjeux sociaux dans les référentiels soignants et médicaux et rende ainsi tangible leur influence sur l'organisation des unités.

C'est donc par une démarche humble, progressive et planifiée de déploiement que l'établissement accompagnera l'implantation d'un système de management du pilotage RH. Cette méthode n'est pas une garantie, tant sa concrétisation reste aléatoire et suspendue à l'engagement des partenaires. Mais il s'agit au moins de faire en sorte que le contrôle de gestion sociale, loin d'être un instrument de pilotage automatique, apparaisse davantage comme un outil à disposition des protagonistes afin de les conforter dans leurs décisions du quotidien et, ainsi, de valoriser leur fonction.

Bibliographie

Ouvrages / chapitres d'ouvrages :

- Baly, O., « Le contrôle de gestion hospitalier : une innovation managériale dans le pilotage des établissements de santé ? », in Fermon, B., Grandjean, Ph., Performance et innovation dans les établissements de santé, Dunod, 2015
- Bartoli, A., Trosa, S., *Les paradoxes du management par le sens*, Presses de l'EHESP, 2016
- Brami, L., Damart, S., Detchessahar, M., Devigne, M., Habib, J., Kletz, F., Krhomer, C., *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : comprendre et agir*, Presses des Mines, 2014
- Imbert, J., *Les tableaux de bord RH*, Eyrolles, 2014
- Lartigau, J., (s.d) *Les nouveaux défis de la GRH à l'hôpital*, Infodium, 2015
- Martory, B., *Le contrôle de gestion sociale*, Vuibert, 2018,
- Millie-Timbal, M-H., *Construire des tableaux de bord vraiment utiles*, Gereso, 2016
- Taïeb, J-P., *Les tableaux de bord de la gestion sociale*, Dunod, 2011, 6e édition

Articles :

- Albert, M. « EPRD et T2A, quels enseignements tirer des réformes ? », *Réflexions hospitalières*, n°512, septembre-octobre 2006
- Chatelain-Ponroy, S., Sponem, S., « Culture du résultat et pilotage par les indicateurs dans le secteur public », in Pras, B. (coord.), *Management : enjeux de demain*, Vuibert, 2009
- Garel, G., « Qu'est-ce que le management de projet », *Informations sociales*, 2011/5 (n°167)
- Grimand, A., « L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences », *Management & avenir*, n°54, 2012/4, p. 238
- Haouet, I., Nobre, Th., « Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier. Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle », *Revue française de gestion*, 2011/2 (n°211)
- Laroche, H., « Karl. E. Weick, (1995) "Sensemaking in Organisations" », Sage, Thousand Oaks, Californie, in *Sociologie du travail*, avril – juin 1996
- Mahy, I., « "Il était une fois ..." Ou la force du récit dans la conduite du changement », *Communication et organisation*, n°33, 2008

- Merdinger-Rumpler, C., Nobre, Th., « Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital », *Gestion 2000*, 2011/3 (volume 28)
- Nobre, Th., « Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? », 21e Congrès de l'AFC, Mai 2000
- Ollivier, E., « Le pilotage prospectif RH : connaître ses marges de manœuvre pour le futur et rassurer l'engagement »
- Ollivier, E., « De la gestion de l'absentéisme à un management durable : une attente forte pour le contrôle de gestion social mais des informations inertes »
- Vulbeau, A., « Contrepoint – l'infobésité et les risques de la surinformation », *Informations sociales*, 2015/5 (n°191)
- Walsh, I., Renaud, A., « La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de système d'information », *Management & avenir*, 2010/9, (n°39)

Thèses / études / rapports :

- Aubin, C., Décider à l'hôpital : du dialogue de gestion aux dispositifs de prescription réciproque, Thèse de l'Université Jean Moulin, Lyon 3, sous la direction de J-P. Claveranne, 2013
- Benamouzig, D., Robelet, M., Bertillot, H., Levif, M., Velpry, L., Michel, P., Tricaud-Vialle, S., Perez, C., *La généralisation des indicateurs qualité en Aquitaine, Entre contraintes et apprentissages, Une étude sociologique*, Haute Autorité de Santé, 2011
- Couty, E., Scotton, C., *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, mars 2013
- HAS – ANCT/ARACT, *Les espaces de discussion sur le travail, un outil pour mettre en débat le travail*, septembre 2017
- Héloïse Haliday, « tenants et aboutissants de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé : une revue de littérature », in *Qualité de vie au travail : les actions à partager, les engagements attendus*, FHF, 2018

Textes juridiques :

- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Liste des annexes

ANNEXE I : Tableau de préconisations de déploiement

ANNEXE II : Extrait du référentiel des indicateurs d'absentéisme

ANNEXE III : grille d'entretien

ANNEXE I : tableau de préconisations

<i>actions</i>	<i>enjeux</i>	<i>modalités</i>	<i>précautions</i>
Fonder et garantir la qualité du système de management du contrôle de gestion sociale			
Identifier et sécuriser l'usage des ressources CGS			
Dresser un diagnostic des ressources mobilisables	<p>La DRH doit établir de la manière la plus fidèle possible les ressources dont elle dispose au lancement de la démarche. Elle devra aussi décider si elle entend agir à moyens constants ou si elle envisage une augmentation des moyens octroyés au CGS.</p> <p>Cette phase est indispensable et particulièrement stratégique : de la rigueur de l'état des lieux dépendra ensuite la capacité de la RH à s'engager sur les attendus du CGS et ainsi assurer un dimensionnement pertinent des ressources CGS.</p> <p>Cette étape doit permettre de rendre crédible la démarche de CGS.</p>	<p>L'état des lieux doit permettre de disposer d'un panorama des ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le système d'information : logiciels (paie, gestion des carrières, GTT, formation, arrêts ...), outils d'extraction (Business Object ...); - les effectifs du service RH et informatique sont-ils en mesure d'intégrer cette nouvelle fonction ? A quelle étape (dès la phase de conception ou alors en routine après sa mise en œuvre ?) ; - les compétences : une mise à niveau des compétences est-elle nécessaire, ou simplement souhaitable ? Sur quel aspect : technique de collecte et d'élaboration des tableaux de bord ; analyse RH ? 	<p>Intégrer dans ce diagnostic une dimension prospective en identifiant les pistes d'évolution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le GHT : la convergence actuelle des systèmes d'information peut amener à une harmonisation des outils RH (paie, GTT, formation ...) qui auront des impacts sur le recueil des données ; - le recours à d'éventuels logiciels dédiés au contrôle de gestion sociale ; <p>Cette phase de recensement doit se faire en toute sincérité. Le sous-dimensionnement initial du CGS par rapport aux ambitions affichées risquerait d'induire une incapacité à répondre convenablement aux besoins de la DRH et des partenaires (direction des soins, DAF, chefs et cadres de pôles ...), et pourrait décevoir les attentes.</p>
Établir un « règlement du CGS »	<p>A partir de l'état des lieux préalablement réalisé, la DRH porteuse du CGS doit pouvoir acter (à partir des moyens dont elle dispose et de ceux dont elle pourrait à terme se doter) les ressources et les procédures de sollicitation de la cellule de CGS.</p>	<p>Cette étape vise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à définir et « contractualiser » les moyens qui seront alloués au contrôle de gestion sociale (ex : 0,2 ; 0,5 ; 1 ETP ...) et mettre en évidence les éventuelles ressources futures, en fonction d'un renforcement du CGS ; 	<p>Cette étape doit selon nous précéder la définition des besoins en CGS. Elle permet de sécuriser l'adéquation des besoins (emplois) aux capacités de traitement de la cellule (ressources). De cette façon, on réduit le risque d'un sur-dimensionnement mais aussi d'un sous-dimensionnement.</p>

	<p>Par ce règlement, il s'agit de définir les rôles et fonctions respectives des partenaires, leurs engagements mutuels (qualité et rigueur des données fournies ; mobilisation des pôles et services pour la réalisation des objectifs ...).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - préciser les bases documentaires, définies ultérieurement, sur lesquelles pourront s'appuyer les partenaires (référentiel d'indicateurs ...) et les protocoles (absentéisme, recrutement, formation, ...) - définir le positionnement de la DRH comme maître d'œuvre du CGS et garante de la consolidation et de la qualité des informations sociales ; - fonder les interactions à venir entre le prestataire CGS et ses partenaires, notamment : définir les échéances du dialogue de gestion sociale ; canaliser les demandes de requêtes ou la réalisation d'études socio-économiques ; 	
Poser les bases du management du contrôle de gestion sociale			
<p>Organiser une réunion de lancement de la démarche</p>	<p>Cette réunion a pour ambition d'illustrer le soutien institutionnel à la démarche de contrôle de gestion sociale, par la solennité de l'événement. Il semble particulièrement important d'y associer la communauté médicale ainsi que les cadres de proximité dont l'influence sur le fonctionnement de chaque service déterminera la capacité à concrétiser le contrôle de gestion sociale par le suivi de la performance des équipes ou des aménagements de leur organisation.</p>	<p>Membres de la réunion : direction générale, un représentant de la direction des ressources humaines, de la direction des soins, de la direction des affaires financières ; service informatique ; Président de la CME ; chefs de pôles ; cadres de pôles et cadres de santé et chefs de services.</p> <p>D'avantage que l'aspect technique, cette réunion doit permettre de rappeler le rôle de chacun dans la gestion des établissements. En particulier, les chefs et cadres de pôle et de service doivent faire l'objet d'une attention particulière.</p>	<p>Au préalable, une annonce de l'intention de mettre en place un système de contrôle de gestion sociale pourra être effectuée devant les instances, en fonction des opportunités propres aux établissements. Il peut alors s'agir d'une phase sensible, au cours de laquelle on insistera davantage sur les avantages de la mise en œuvre de tableaux de bord, du point de vue des services (atténuation des désagréments de l'absentéisme pour les collègues, amélioration de l'adaptation des formations, réduction des turnovers, baisse des risques professionnels ...).</p>

<p>Structurer la gouvernance du projet « contrôle de gestion sociale »</p>	<p>Cette étape est déterminante et constitue l'une des conditions de réalisation du rôle intégrateur du contrôle de gestion sociale.</p> <p>Afin que les relais opérationnels puissent donner du sens aux indicateurs, aux tableaux de bord et aux modalités de correction qui seront apportées dans les services, une acculturation aux problématiques socio-économiques est nécessaire et peu passer par cette dynamique de « management de projet ».</p> <p>La détermination d'une stratégie de déploiement constituera également un volet à débattre : la qualité de la mise en œuvre du contrôle de gestion sociale peut requérir une diffusion progressive de la démarche, d'abord limitée à un ou plusieurs services ou pôles, à quelques indicateurs particulièrement attendus par l'encadrement.</p> <p>Cette étape participe également à la crédibilité et à l'acceptabilité de la démarche de contrôle de gestion sociale.</p>	<p>Préalable : définition d'un « comité de pilotage » (stratégie, dont la direction peut être confié à la DRH), d'un « groupe de projet » et d'un pilote (dans l'idéal le responsable des ressources humaines) et élaboration d'une lettre de mission exposant le rôle du groupe de projet, sa fréquence de réunion, un planning des livrables ...</p> <p>Membres : le référent CGS, les cadres et chefs de pôles (ou des représentants suivant l'importance de l'établissement) ; des représentants des cadres ; un membre de la DRH et de la DAF.</p> <p>Missions principales :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fixer une stratégie de déploiement : un / plusieurs services ; quels objectifs évaluer en premier lieu ; quel calendrier ; 2) définir précisément les objectifs des tableaux de bord et leurs destinataires ; 3) à partir des besoins, construire collectivement les indicateurs de façon à s'adapter aux besoins des partenaires ; 4) fixer les cibles des indicateurs et des seuils déclenchant une correction des déséquilibres (élaboration de protocoles prenant appui sur ces seuils) ; 5) élaborer la base documentaire indispensable à une bonne compréhension des hypothèses de construction des indicateurs, leur mode et fréquence de calcul (voir annexe II) ; 	<p>Si un tel groupe existe pour le contrôle de gestion classique, il peut être envisagé d'y intégrer les enjeux du pilotage RH. Ce regroupement aurait d'autant plus de sens que le pilotage RH et le pilotage de l'activité sont indissociables.</p> <p>Selon les possibilités et les besoins, établir des groupes de travail chargés de thématiques spécifiques.</p> <p>La définition des objectifs des tableaux de bord pourra s'appuyer sur les objectifs identifiés dans les projets et contrats de pôle sur le volet RH, ainsi que sur le projet social de l'établissement. Ces objectifs, davantage des perspectives, peuvent requérir une définition plus opérationnelle pour conduire précisément l'élaboration des indicateurs.</p> <p>Les tableaux de bord peuvent difficilement synthétiser plusieurs objectifs spécifiques. En fonction des besoins propres aux partenaires, il s'agira éventuellement de dissocier les tableaux de bord tout en les présentant à l'ensemble du groupe (enjeu de transparence et de confiance).</p> <p>L'installation du groupe de travail présente une opportunité pour la qualité future de la démarche, mais constitue également une étape délicate : l'état des lieux des ressources allouées au contrôle de gestion sociale et des possibilités opérationnelles qu'elles offrent, devra être présenté ou rappelé régulièrement aux membres afin que les demandes n'excèdent pas les capacités de réponse.</p>
---	---	---	---

		6) envisager les futurs modes de dialogue : périmètres (pôles, services ...), fréquences (mensuel, trimestriel ...) et le contenu du dialogue (global, thématique ciblant une problématique précise ...).	
Valider la démarche par les instances	<p>Il s'agit de clore l'étape de définition de l'infrastructure du contrôle de gestion sociale.</p> <p>Cette démarche solennelle permet de nouveau de témoigner de l'engagement large de l'établissement dans la démarche et d'inciter les partenaires à y adhérer.</p> <p>Il s'agit également de lever les dernières ambiguïtés afin de lancer le déploiement opérationnel du CGS.</p>	<p>Présentation en CME, CTE, CSIRMT, CHSCT.</p> <p>Le référent du CGS ou le pilote du groupe de travail pourra être invité afin de présenter plus en détail la démarche, les enjeux et l'intérêt que pourrait représenter le CGS.</p> <p>Un travail pédagogique important doit être mis en œuvre en préparation de cette étape afin d'identifier les possibles points de blocage. Il s'agit d'élaborer un discours définissant ce qu'est le contrôle de gestion sociale (une aide à l'organisation des services sur le plan RH) et ce qu'il n'est pas (un outil de contrôle des agents).</p>	<p>Un début de formalisation de la démarche (groupes de travail, premiers livrables ...) semble nécessaire avant une présentation en instances afin de matérialiser la démarche et éviter de laisser les participants dans l'incertitude. En outre, cela permet d'avoir un effet de conviction plus important.</p>
Concrétiser et conforter la démarche par la mobilisation récurrente des acteurs			
Organiser un dialogue de gestion sociale	<p>Le développement progressif d'espaces de dialogue de gestion sociale constitue l'une des conditions d'institutionnalisation de la démarche et de consolidation des données collectées.</p> <p>Les espaces de dialogue de gestion présentent de forts effets d'apprentissage (benchmark externe et interne, apprentissage du</p>	<p>Compte tenu des enjeux du dialogue de gestion sociale, une participation large des partenaires et en particulier des responsables de pôles et de services est à privilégier. En dépit des difficultés à assurer la présence des membres les plus importants, il s'agira de planifier ces réunions le plus en amont possible, en organisant des suppléances ponctuelles dans les services afin de sécuriser ces rencontres.</p>	<p>Les modalités de déroulement de ces espaces doivent avoir été préparées et validées par le groupe de travail dédié.</p> <p>De nouveau, si de tels espaces d'échanges ont été prévus pour le contrôle de gestion générale, l'agrégation du contrôle de gestion sociale peut être envisagée. En fonction des besoins et de l'actualité de l'établissement, des réunions distinctes pourront être préférables.</p>

	<p>renseignement des tableaux et compréhension des interactions entre leurs différents paramètres ...).</p> <p>C'est aussi une condition de la traduction opérationnelle de la démarche de contrôle de gestion sociale : une bonne compréhension des constats et des enjeux RH par les cadres les sensibilisera aux aménagements à apporter à leurs services ou au contraire les bénéfices à conforter.</p>	<p>La pertinence de ces espaces de dialogue dépend de la qualité des échanges donc de la préparation des intervenants. A cette fin, il s'agira de diffuser un peu à l'avance les tableaux de bord opérationnels, dans une version ergonomique et commentée afin de faire porter les discussions sur les enjeux des pôles et services et permettre aux responsables de repartir avec des pistes concrètes de réflexion ou d'action.</p>	<p>Un aspect sensible : il peut être délicat d'aborder tous les problèmes du pôle et des services. Des canaux de communication spécifiques entre les pôles / services et le référent du contrôle de gestion sociale doivent être ménagés.</p>
<p>Accompagner le déploiement du contrôle de gestion sociale</p>	<p>Le lancement du dispositif de contrôle de gestion sociale est une étape critique : de la qualité de l'accompagnement dépendront la crédibilité et la pérennité de la démarche. Il s'agit donc de faire un bilan régulier de la mise en œuvre des tableaux de bord et des espaces de dialogue de gestion sociale afin de les adapter en permanence aux difficultés rencontrées ou de mieux expliquer la signification de chaque étape du CGS (sens de tel indicateur, intérêts des réunions ...).</p> <p>L'enjeu sera ainsi de former des personnes ressources RH auprès de leurs collègues chefs ou cadres de service.</p>	<p>Les réunions du groupe de projet auront pour objet d'accompagner la prise en main de l'outil de pilotage social.</p> <p>Des réunions thématiques à vocation pédagogique pourront être organisées afin d'analyser des situations particulières de l'organisation RH des services et des pôles. Des sessions de formation à vocation opérationnelle pourront être envisagées en fonction du niveau de maturité du groupe de travail.</p>	<p>La DRH continuera à être systématiquement associée à ce groupe de travail, en plus du responsable du contrôle de gestion sociale. L'enjeu est de pouvoir encadrer précisément les échanges en les recentrant sur les objectifs institutionnels définis antérieurement.</p> <p>Il s'agit aussi pour la DRH de promouvoir sa fonction d'expert tout en amenant les discussions sur les aspects structurels de l'organisation RH des pôles et services.</p>

<p>Rendre opérationnel le dispositif par l'élaboration de protocoles de résorption des difficultés</p>	<p>Les indicateurs et les tableaux de bord ne présentent d'intérêt que dans la mesure où ils offrent des perspectives de correction des déséquilibres et des difficultés concrètes des services.</p> <p>A travers le couplage du CGS à des protocoles, il s'agit de faciliter d'une manière conventionnelle, acceptée par tous les partenaires, les résolutions des difficultés des services.</p> <p>Pour la DRH, ils constituent une contrepartie à l'implantation du contrôle de gestion sociale auprès des pôles et services : en cas de constats partagés de déséquilibres, la DRH s'engage à déployer certaines ressources (des mensualités par exemple) pour pallier les difficultés transitoires des services.</p>	<p>Afin de bénéficier d'une dimension opérationnelle et mettre en valeur l'intérêt d'investir le système de contrôle de gestion sociale, il s'agira de s'appuyer sur les seuils définis préalablement comme révélateurs d'une situation anormale, appelant une réaction. A partir de ce travail, il sera souhaitable d'établir de manière visuelle et ergonomique, des niveaux d'alerte (code de couleurs par exemple) des tableaux de bord.</p> <p>En fonction des possibilités propres à chaque établissement, la rédaction de ces chartes et protocoles pourra être confiée aux commissions préexistantes (commission formation, gestion du temps de travail, absentéisme ...) en y associant systématiquement le contrôleur de gestion sociale.</p> <p>Exemple de protocoles : remplacement des absences.</p>	<p>Cette « protocolisation » demande une certaine maturité du dispositif. En outre, elle ne pourra se réaliser que sur le long terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la définition d'un seuil d'indicateur ne va pas toujours de soi et peut impliquer des négociations entre la DRH et ses partenaires (Finances, Direction des soins, cadres supérieurs ...) : par exemple, à partir de quel niveau le remplacement des absences devient indispensable, à partir de quel seuil de couverture de compétences critiques réagir, à partir de quelle proportion de consommation d'enveloppe budgétaire réduire les modalités de recrutement ...): ces négociations peuvent présenter un caractère intrusif pour les responsables d'unité ; - la rédaction des chartes et protocoles présente aussi une charge de travail importante. <p>L'élaboration de protocoles ne dédouane pas les services de rechercher les causes de difficultés par des enquêtes qualitatives ponctuelles.</p>
<p>Alimenter les documents et rendez-vous sociaux, à partir des informations du contrôle de gestion sociale</p>	<p>Outre la possibilité d'agrémenter les documents et les échanges d'instances d'informations consolidées issues du traitement des tableaux de bord, la réutilisation d'informations validées et mobilisées dans les différents espaces de dialogue permet de créer une routine, une accoutumance à ce dispositif de contrôle de gestion sociale.</p>	<p>Les informations pourront être réutilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de manière régulière : lors de la présentation du Bilan Social aux différentes instances, ce document très normé pourra être enrichi par les analyses tirées du CGS interne ; - plus ponctuellement : en conformité avec la charte du contrôle de gestion sociale, des études d'impact pourront être produites pour évaluer les multiples conséquences RH de réorganisation de services. 	<p>Suivant le niveau de conflictualité au sein de l'établissement, la DRH adaptera le niveau de sensibilité des données diffusées. Elle s'accompagnera en outre d'un travail préalable d'anticipation et de cadrage des discussions.</p> <p>De manière générale, la diffusion des données sociales supplémentaires ne doit pas être gratuite : elle doit répondre à un besoin de compréhension des enjeux de la part des services (justification des décisions prises par la DRH sur la base des informations sociales, après</p>

	Cela permet également de créer du sens par la mise en corrélation des données sociales et des ressentis des acteurs.		un éventuel constat par le groupe de travail CGS) ou des représentants du personnel et doivent contribuer à la réalisation des objectifs institutionnels.
Évaluer le pilotage RH par une capitalisation de l'analyse sociale			
Adapter le périmètre du contrôle de gestion sociale à son niveau de maturité	<p>La qualité de la démarche de contrôle de gestion sociale dépend d'une évaluation sincère de ses résultats à échéance régulière afin de conserver sa pertinence et sa crédibilité auprès des opérationnels.</p> <p>En fonction de la maturité de l'établissement, notamment du groupe de projet et des espaces de dialogue de gestion sociale, une extension progressive des tableaux de bord pourra être envisagée.</p>	<p>L'adaptation du contrôle de gestion sociale au contexte de l'établissement est une garantie de sa pertinence. Suivant la dynamique constatée, une extension progressive du champ du contrôle de gestion sociale est envisageable. La modularité des tableaux de bord permettra alors d'intégrer de nouveaux indicateurs requérant une analyse plus poussée, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intégrer des données d'activité aux données RH pour analyser leurs évolutions respectives et déterminer les situations de sous ou sur/effectif ; - intégrer les effets de saisonnalité. 	<p>La DRH procédera à l'évaluation du dispositif sur la base de l'atteinte des objectifs RH institutionnels.</p> <p>Le risque est de débiter l'implantation du contrôle de gestion sociale par une stratégie trop ambitieuse : il serait probablement plus prudent de sélectionner quelques indicateurs clés dans un premier temps, quitte à y perdre temporairement en qualité de pilotage.</p> <p>De manière générale, il s'agit de ne pas sous-estimer le temps d'apprentissage des outils de pilotage RH.</p>
Évaluer la pertinence des réponses apportées par les protocoles	<p>La pertinence des protocoles crédibilise la démarche de contrôle de gestion sociale. Il s'agit donc d'évaluer rétrospectivement la qualité de la réponse apportée à l'occasion du dialogue de gestion.</p>	<p>Au-delà des évolutions mises en exergue par les indicateurs (ex : les actions entreprises dans un service ont-elle permis d'atténuer l'absentéisme de courte durée, constate-t-on une fidélisation des personnels recrutés ...), la mise en œuvre du dialogue de gestion sociale est un moyen d'évaluer et de consolider les données recueillies et de débattre du niveau d'efficacité ressenti par l'encadrement.</p>	<p>Le suivi des affectations de personnels peut assez rapidement apparaître comme une difficulté, et induire des biais dans les mesures. L'une des solutions mises en œuvre par des établissements consiste à « pénaliser » les services ne déclarant pas leurs réaffectations, par exemple au moment des remplacements (en s'en tenant aux données transmises par le taux de remplacement des absences, la DRH peut estimer qu'il correspond au niveau validé par le groupe de travail, sans qu'il corresponde à la situation réelle du service qui aura réaffecté l'un de ses agents contractuels et pourra se trouver pénalisé par une situation de sous-effectif</p>

		<p>L'une des difficultés consiste à garantir une vraie démarche analytique faite, pour la DRH, de disposer de toutes les réaffectations non-déclarées des contractuels. Ce biais induit une perte de qualité de l'information quant à la pertinence des mesures de correction.</p>	<p>temporaire ; ou bien en affectant le coût du remplacement sur le service d'origine du contractuel dans le cas d'un « remplacement de remplaçant »).</p>
<p>Sensibiliser les services à l'appropriation interne de l'information sociale.</p>	<p>A certaines conditions, les informations sociales élaborées à l'occasion du contrôle de gestion sociale pourraient être mises à la disposition des agents des services.</p> <p>Au-delà de la diffusion de données standardisées (bilan social) faiblement spécifiques, ces informations sociales internes permettraient d'objectiver la situation du service et de favoriser une contextualisation de l'exercice professionnel des agents.</p>	<p>Les trinômes de pôle ou les cadres de service organisent régulièrement des conseils de pôles ou des réunions de services. Ces données sociales de l'établissement et du service, commentées par la DRH, pourraient être diffusées à cette occasion et nourrir éventuellement le dialogue.</p> <p>La question du « sens » constituant un aspect de la thématique de la Qualité de Vie au Travail (QVT) développée notamment par l'ANACT et la FHF, il est attendu de la diffusion de données d'ambiance de l'établissement et du service une capacité des professionnels à se projeter et à resituer leur action dans le contexte plus large des enjeux de l'établissement.</p>	<p>Ce moment est particulièrement sensible et pourrait contribuer, s'il était mal accompagné, à des revendications. Si l'établissement juge cette étape opportune, des précautions devront entourer le choix des données sélectionnées ; leur présentation sera contextualisée, éventuellement didactique.</p> <p>Cette démarche dépend de la qualité du dialogue social au sein de l'établissement et part du principe que l'opacité peut nourrir le ressentiment et le désengagement des agents.</p>

ANNEXE II : Extrait du référentiel des indicateurs d'absentéisme

Indicateur satellite	Taux de remplacement (en mensualité)
----------------------	---

Signification	Le taux de remplacement évalue le niveau de compensation des absences constatées sur une période dans un secteur par des mensualités de remplacement. C'est la méthode retenue par le CHIC		
Définition	<u>Modalités de calcul :</u> numérateurs : mensualité(s) de remplacement dénominateur : nombre de jours d'absence sur la période / 30 multiplicateur : 100		<u>Données mobilisées :</u> nombre de recrutement en statut 2M, 2C, 25, 28 ... par service, par pôle, par corps. Jours d'absences par secteurs et par corps.
	<u>Unité :</u> en %	Période de référence : M-1 ; N-1	Sources : AGIRH GESFORM
	<u>Précisions :</u> Au numérateur, le 1/30 rapporte le nombre de jours d'absences en équivalent « mensualités ». En comparaison du ratio de remplacement, le temps de remplacement permet une identification plus précise de l'adaptation des ressources donc un pilotage plus fin des moyens de remplacements. Associé à un seuil de vigilance et d'alerte, il permet d'inciter la DRH et l'encadrement à délayer ou accélérer l'adaptation des ressources de remplacement. Il complète le taux de sous / sur-organisation d'un service, et l'évolution de l'indicateur de cumul TTE par service. Dans une perspective de remplacement et de compensation de la « non-présence » dans un service, il pourrait être envisageable de réintégrer les absences liés aux congés de formations (requête Gesform en heures / 7 pour unité en jours), les congés syndicaux. Les RTT sont déjà intégrés dans les trames de planning (donc dimensionnement équipes?)		

Seuil d'alerte	< 80% / > 120% ?
----------------	------------------

Indicateur de pilotage	Taux d'absentéisme « consolidé »
------------------------	---

Signification	Ce taux d'absentéisme « consolidé » vise à réintégrer un décompte des absences en jours ouvrés (en neutralisant les RH) afin de disposer d'une approche plus précise du phénomène. Il s'inscrit dans une logique de pilotage de l'absentéisme, à fréquence mensuelle. Cette méthode est privilégiée par l'ANACT .		
Définition	<u>Modalités de calcul :</u> numérateurs : jours d'absences * 5/7 dénominateur : ETP moyens sur la période * 225 (*) multiplicateur : 100		<u>Données mobilisées :</u> jours d'absences (décomptes calendaires) ; ETP moyens sur la période (*) moyenne des journées de travail théorique (exclues les RTT, RH, CA, jours fériés) des ETP affectés sur un secteurs
	<u>Unité :</u> %	<u>Période de référence :</u> M-1, (M de N-1),	<u>Sources :</u> AGIRH
	<u>Précisions :</u> périmètre des absences : MO, ATMP, CLM-CLD, AGIRH comptabilise les arrêts en durée calendaires. Il n'est donc pas nécessaire d'isoler les jours ouvrés d'arrêts avant d'appliquer le coefficient 5/7. Compte tenue de la variabilité du nombre de journées travaillées suivant les postes (durée fixes, durées variables ...), vérifier que AGIRH permettent de filtrer les ETP en fonction des journées travaillées.		

Seuil d'alerte	
----------------	--

Suivi de l'indicateur	<u>Référent de l'indicateur :</u> DRH
-----------------------	--

ANNEXE III : Grille d'entretien

État des lieux (= Quelle perception des enjeux du CSG)	
Selon vous, qu'est-ce que le contrôle de gestion sociale ?	
Le bilan social de l'établissement vous semble-t-il suffisant ? Quel usage en faites-vous ?	
Quels intérêts pourrait présenter au quotidien, pour la DRH, un dispositif de contrôle de gestion sociale ?	
Quels indicateurs, quelle(s) thématique(s) suivez-vous plus particulièrement ? De quelle façon les mobilisez-vous ? Quels poids ont-ils sur votre réflexion ou vos décisions ?	
Y-a-t'il un / des agent(s) dédié(s) au pilotage du contrôle de gestion, quelle coordination ? Quels sont ses interlocuteurs ? A-t-il bénéficié d'une formation particulière (sur la partie analyse notamment) ?	
Management du contrôle de gestion sociale (De quelle façon est piloté le CGS, comment est-il déployé auprès des partenaires)	

De quelle façon est pilotée (choix des indicateurs, fréquences des enquêtes ...) la fonction contrôle de gestion sociale : de façon centralisée à la RH ? De façon déconcentrée dans les pôles ? De façon partagée ?	
Existe-t-il des occasions d'échange sur les indicateurs et leurs résultats ? Existe-t-il un dialogue de gestion ou des revues de pôles ? Selon vous, quelle est leur pertinence ?	
Les contrats de pôles s'appuient-ils sur des indicateurs RH ? Sur quelles sortes d'actions correctives débouchent-ils ?	
De quelle façon le contrôle de gestion sociale se décline-t-il concrètement ? Des protocoles prennent-ils appui sur les indicateurs ?	
Pensez-vous que les dispositifs de contrôle de gestion puissent contribuer à consolider ces protocoles ?	
<u>Les précautions dont il faudrait entourer le système de contrôle de gestion sociale</u> (quels sont les risques à anticiper afin de mieux déployer le système de gestion)	
Comment analysez-vous l'accueil réservé aux dispositifs de CGS par les soignants et les cadres de	

proximité ? Enthousiasme – intérêt, indifférence – passivité, réticence ;	
Quelles modalités de communication envisagez-vous pour les indicateurs : restreinte (RH, CSS) ; localisée et sélectionnée (des instances spécifiques, des commissions ...) ou large (tous les encadrants et diffusion aux instances ?)	
Comment ont été élaborés les indicateurs et les tableaux de bords, seuils ? Avez-vous envisagé d'y associer la DS et les cadres ?	
Comment garantir une diffusion de qualité ? Quelle pédagogie ? Quelle appropriation des outils médico-économiques par les cadres ?	
Contrôle de gestion sociale et management (en quoi le CGS et les mécanismes qui lui sont associés permettent de redéfinir les articulations, de modifier les organisations)	
Comment analysez-vous l'impact de ces tableaux de bord sur le positionnement des RH (légitimité, crédibilité ...) et les évolutions éventuelles en termes d'articulation avec les services partenaires	
Quels effets sur le contenu des échanges entre la RH et ses partenaires (interrogation de	

l'organisation ou maintien d'une logique de moyens ?)	
La mise en œuvre d'un principe de subsidiarité (ex : pool de remplacement) n'est-il pas également un outil de valorisation des services	
Quelle pérennité du dispositif ? Envisagez-vous un suivi en termes de « management de projet » pour opérationnaliser le suivi des indicateurs (ex : les agréger à des commission formation, absentéisme, suivi budgétaire ...) afin de sensibiliser les acteurs sur le long terme.	
A plus ou moins longue échéance, quel pourrait-être l'enjeu d'une coordination des systèmes de CGS dans le cadre des GHT (GPEC territoriale, benchmark, éventuels contrat de pôles territoriaux ...)	
<u>Contrôle de gestion sociale et revalorisation d'espaces de dialogues</u> (comment le CGS peut-il être utilisé pour interroger l'organisation des services)	
Dans quelle mesure un système de CGS permet-il une revalorisation de l'encadrement de proximité ? En particulier dans l'interprétation des indicateurs et l'opportunité de mesures correctrices (= éléments d'ambiance des services, adaptation de l'organisation aux	

enjeux de formation, d'optimisation des remplacements?)	
Les pôles disposent-ils d'espaces de dialogue dédiés à la vie des services ? Comment les dispositifs de CGS pourraient-ils s'intégrer à de tels espaces (dimension diagnostic, révélations de certains phénomènes ?)	
Une plus grande transparence entre les agents et les encadrants est-elle souhaitable ? A quelles conditions ?	

ARROUES

Pierre

Novembre 2018

Attachés d'Administration Hospitalière

Promotion 2018

Le déploiement d'un dispositif de contrôle de gestion sociale en établissement de santé : acteurs et enjeux

Résumé :

A l'aune des besoins accrus d'anticipation et d'adaptation, le contrôle de gestion sociale renforce les capacités de pilotage des établissements de santé et constitue une opportunité d'améliorer le suivi des paramètres RH (masse salariale, compétences, ...) et prévenir leur dégradation latente. Au-delà de cette veille, le contrôle de gestion sociale représente aussi un atout pour acquérir une vision plus panoramique des processus internes et ainsi identifier les failles dans les coordinations des unités, dont les causes ou les conséquences en matière de ressources humaines pourraient être mieux appréhendées.

Mais l'implantation d'outils de gestion dans un milieu complexe, marqué par une certaine autonomie des filières professionnelles, requiert d'en anticiper les enjeux managériaux : si les dispositifs de contrôle de gestion sociale développent des effets sur lesquels s'appuyer pour favoriser la sensibilisation aux enjeux de ressources humaines et susciter la mobilisation des acteurs, ils sont aussi porteurs d'inconvénients qui, s'ils ne sont pas pris en compte, risquent d'atténuer la portée du contrôle de gestion sociale.

Loin de ne constituer qu'une étape accessoire, le processus de déploiement du dispositif se doit donc d'intégrer ces multiples dimensions afin de garantir la pertinence de la démarche. Il s'agit alors de fonder la légitimité du projet par la rigueur de la méthode employée, garante d'une information sociale de qualité, mais aussi par une dynamique de sensibilisation des acteurs aux enjeux du pilotage en ressources humaines. L'association des professionnels, tant en amont du pilotage par une démarche de projet, qu'en aval de son instauration par la constitution d'un dialogue de gestion sociale formalisé, renforce la pertinence du dispositif. En gardant à l'esprit ces enjeux centraux, une proposition de processus de déploiement chronologique pourrait alors servir d'amorce de réflexion pour un service de ressources humaines envisageant la mise en œuvre d'une démarche de pilotage.

Mots clés :

Contrôle de gestion sociale ; pilotage ; indicateurs ; tableaux de bord ; résultats ; stratégie ; ressources humaines ; management ; coopération

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.