ENSP
ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE
RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2004

La veille sociale à l'hôpital : un dispositif d'alerte au service de la gestion des ressources humaines

Isabelle LE BORGNE - ROUDAUT

Remerciements

J'adresse mes plus vifs remerciements à tous ceux qui m'ont apporté leur aide et leur soutien durant la réalisation de ce mémoire et en particulier à :

- Jean-Marie BARBOT, mon maître de stage,

- Guy BOUDET, mon encadrant mémoire,

Sommaire

INTRODUCTION 1

1 LA VEILLE SOCIALE A L'HOPITAL 3

1.1 L'HOPITAL EST UNE COMMUNAUTE HUMAINE SPECIFIQUE 3

1.1.1 Les particularités des professions hospitalières 3

1.1.2 Le personnel hospitalier est soumis aux contraintes de l'exercice du service public hospitalier 4

1.2 QUEL DISPOSITIF D'ALERTE PRIVILEGIER ? 5

1.2.1 La complémentarité des pratiques sociales 5

1.2.2 Privilégier la veille sociale à l'hôpital 6

1.3 INTERET D'UN DISPOSITIF DE VEILLE SOCIALE A L'HOPITAL 7

1.3.1 La pénibilité des conditions de travail 8

1.3.2 Des perspectives démographiques préoccupantes 12

1.3.3 Mieux appréhender les opportunités d'une politique active de formation 17

2 L'EMERGENCE D'UN DISPOSITIF DE VEILLE SOCIALE AU CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES 19

2.1 UN ETABLISSEMENT A L'ECOUTE DE SES AGENTS 19

2.1.1 Une gestion de proximité des agents 19

2.1.2 Le dialogue social est favorisé 20

2.1.3 Une démarche de projet social bien ancrée 21

2.1.4 Des risques professionnels en cours d'identification 24

2.2 LA VIGILANCE S'IMPOSE POURTANT FACE AUX SOURCES LATENTES DE DYSFONCTIONNEMENT 25

2.2.1 L'évolution naturelle de la pyramide des âges se conjugue au traditionnel turn-over hospitalier 25

2.2.2 L'absentéisme appelle une vigilance permanente 28

2.2.3 Contenir l'évolution de la masse salariale 31

2.3 UN DISPOSITIF D'ALERTE PERFECTIBLE 33

2.3.1 Les insuffisances du seul bilan social 34

2.3.2 Un système d'information complexe et cloisonné 35

2.3.3 La mise en œuvre de tableaux de bord sociaux devient incontournable 37

3 UN DISPOSITIF DE VEILLE SOCIALE A RENFORCER PAR LA MISE EN ŒUVRE DE TABLEAUX DE BORD SOCIAUX 39

3.1 LA DEMARCHE ADOPTEE 39
3.1.1 Une démarche participative 39
3.1.2 Son intégration dans le projet social garantit le dialogue et la transparence 40
3.2 DES INDICATEURS SOCIAUX A DIFFERENCIER SELON LES DESTINATAIRES 41
3.2.1 Un impératif de gestion quotidienne pour les cadres de proximité 41
3.2.2 L'implication des chefs de service dans l'organisation du temps de travail 41
3.2.3 Un dispositif stratégique pour la direction des ressources humaines 42
3.2.4 Des indicateurs synthétiques pour la direction générale 42
3.3 PROPOSITION DE TABLEAUX DE BORD SOCIAUX POUR LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES 43
3.3.1 Les indicateurs de suivi des effectifs 43
3.3.2 Les indicateurs de suivi de la masse salariale 48
3.3.3 Les indicateurs de l'absentéisme 49
3.3.4 Les indicateurs de mouvements 53
3.3.5 Les indicateurs de suivi des accidents du travail 56
3.3.6 Les indicateurs de la formation continue 58
3.3.7 L'émergence d'indicateurs pour le suivi du personnel médical 60
3.4 LA MONTEE EN CHARGE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE IMPOSE D'AUTRES INDICATEURS DE LA GESTION SOCIALE 61
3.4.1 Vers une harmonisation du système d'information hospitalier de gestion 62
3.4.2 Mieux identifier les dépenses de personnel 62
3.4.3 Une meilleure adéquation des ressources à l'activité 63
3.5 UN DISPOSITIF A PERENNISER : INTERET D'UNE CELLULE DEDIEE A LA VEILLE SOCIALE AU SEIN DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES 63
3.5.1 Garantir la pérennité du dispositif 63
3.5.2 Assurer l'adéquation du système d'information « ressources humaines » avec les objectifs de la tarification à l'activité 64
3.6 UNE APPROCHE QUALITATIVE COMPLEMENTAIRE DEMEURE PERTINENTE 65
3.6.1 Intérêt du questionnaire de satisfaction du personnel à son départ 65
3.6.2 L'opportunité de la mise en œuvre du passeport individuel de formation 66

CONCLUSION 69

BIBLIOGRAPHIE 71

LISTE DES ANNEXES I

Liste des sigles utilisés

A.N.F.H. : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

A.T. : Accident du Travail

C.M.E. : Commission Médicale d'Etablissement

C.H.V. : Centre Hospitalier de Versailles

C.T.E. : Comité Technique d'Etablissement

D.H.O.S. : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

D .R.E.E.S : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

E.H.P.A.D. : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

G.R.H. : Gestion des Ressources Humaines

I.F.S.I. : Institut de Formation en Soins Infirmiers

P.R.N. : Projet de Recherche en Nursing

INTRODUCTION

Au cœur de notre système de santé, l'hôpital, en perpétuelle mutation, s'efforce de répondre aux exigences croissantes de nos concitoyens. Son implication ne peut que s'accentuer compte tenu des défis qui l'attendent. En effet, le vieillissement de la population française allié à une demande croissante de santé ne peut que fortement solliciter l'hôpital. Mais le revers de cette évolution est l'inexorable croissance de nos dépenses de santé qui atteignent 10% de notre produit intérieur brut et la récurrence des dépassements de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie annuellement voté par le Parlement. Il est pourtant regrettable de se focaliser uniquement sur les dépenses car le domaine de la santé est un secteur économique prospère qui emploie près de 1 700 000 personnes dont la moitié environ dans les hôpitaux publics.

L'hôpital public, fleuron de la technologie médicale, est avant tout une communauté humaine dont la diversité des métiers en fait sa richesse et contribue à assurer une prise en charge de qualité des patients. Comme l'hôpital, les métiers qui s'y exercent sont en évolution permanente pour mieux répondre aux besoins des personnes malades. Pourtant, bien que les français accordent reconnaissance et attachement aux professions hospitalières et qu'ils recommanderaient dans leur grande majorité à leurs enfants de les exercer[1], la crise du recrutement hospitalier est perceptible. La pénibilité des conditions de travail, l'évolution sociologique de notre société qui tend à privilégier la qualité de vie personnelle ainsi qu'une pyramide des âges peu favorable sont autant de défis à relever pour les directions des ressources humaines de nos établissements.

Dès lors, il importe pour les directions des ressources humaines des établissements publics de santé d'élaborer une politique stratégique de gestion des ressources humaines.

Définir une stratégie sociale nécessite pour un manager de créer un climat de confiance propice au dialogue social afin que les instances représentatives du personnel mais aussi les agents soient acteurs de la politique sociale de leur établissement.

La complexité de la gestion sociale hospitalière se singularise également par de nombreux facteurs qui peuvent altérer l'exercice des missions de service public

hospitalier : quel dispositif d'alerte est-il possible de mettre en place pour constituer une veille sociale ?

Il importe, en premier lieu, de souligner les spécificités hospitalières, de définir l'acception du terme « veille sociale » et de préciser les enjeux d'un tel dispositif dans nos établissements de santé (I).

Dans la deuxième phase du mémoire, une analyse des éléments de définition de la politique sociale du centre hospitalier de Versailles est abordée à partir du dispositif global, des données existantes et du système d'information (II).

Enfin, dans la troisième partie, il sera proposé la mise en œuvre d'un dispositif complémentaire qui permettre d'enrichir les outils de gestion stratégique des ressources humaines mis en œuvre dans l'établissement (III).

[1] Enquête TNS Sofres pour la F.H.F., France 5 et le monde – avril 2004

1 LA VEILLE SOCIALE A L'HOPITAL

1.1 L'hôpital est une communauté humaine spécifique

Il n'est plus besoin de spécifier l'importance des ressources humaines dans le secteur hospitalier tant dans sa dimension quantitative et qualitative.

En effet, la richesse de l'hôpital, bien souvent le premier employeur du bassin de population qu'il dessert, est son capital humain qui représente, par ailleurs, plus des deux tiers du budget de fonctionnement d'un établissement de santé.

Le secteur hospitalier se caractérise également par une diversité de métiers inégalée dans le monde de l'entreprise ; le répertoire des métiers établi par les services de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en recense plus d'une centaine.

Le secteur est en évolution permanente, ces dernières années de nouveaux métiers sont apparus : qualiticien, gestionnaire de risques, ergonome… Autant de professions qui contribuent à une prise en charge de qualité des patients.

1.1.1 Les particularités des professions hospitalières

Plusieurs facteurs caractérisent les professions hospitalières et il convient ici de les souligner.

En premier lieu, il importe de spécifier la diversité des statuts des personnels qui exercent le service public hospitalier :

- les fonctionnaires hospitaliers, qui sont les plus nombreux, regroupent l'ensemble des professionnels non médicaux titulaires et stagiaires et sont régis par le titre IV du statut général de la fonction publique[2],

- les médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes relèvent de statuts spécifiques non intégrés dans la fonction publique hospitalière,

- et les agents contractuels et vacataires qui travaillent périodiquement pour le service public hospitalier.

Cette distinction a des conséquences non négligeables en termes de gestion des ressources humaines. En effet, les projets sociaux dans une majorité des établissements de santé concernent exclusivement le personnel non médical.

[2] Loi n°86.33 du 9 janvier 1986 portant disposition statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Les professions hospitalières ont également cette particularité qu'un certain nombre d'entre elles sont réglementées dans le code de la santé publique : « les professions de santé regroupent les seuls professionnels médicaux et paramédicaux dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par une disposition ou par un texte pris en application de la loi »[3]. A titre d'exemple, les dispositions relatives à l'exercice de la profession d'infirmier sont définies par le décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
De fait, les professions hospitalières se caractérisent aussi par la spécialisation de leurs compétences : « les activités hospitalières dans leur richesse et leur diversité, sont principalement basées sur la relation humaine, laquelle mobilise pour l'essentiel une main d'œuvre qualifiée et spécialisée[4] ».

Ces spécificités induisent nécessairement de fortes contraintes dans la gestion des ressources humaines hospitalières.

1.1.2 Le personnel hospitalier est soumis aux contraintes de l'exercice du service public hospitalier

Les missions du service public hospitalier[5], définies par la loi du 31 décembre 1970, imposent de fortes contraintes dans la gestion quotidienne des ressources humaines des établissements publics de santé. En effet, l'exercice de ces missions de service public hospitalier qui implique notamment la mise en œuvre d'une permanence des soins et qui permet de garantir la prise en charge en urgence des patients pèse lourdement sur l'organisation quotidienne hospitalière car il nécessite la présence de personnel qualifié et spécialisé en nombre suffisant et en conformité avec les dispositions réglementaires.

L'exercice des missions du service public hospitalier a une incidence forte sur le droit de grève des personnels. En effet, le secteur hospitalier doit concilier le principe constitutionnel du droit de grève avec la continuité du service public hospitalier. En effet, le principe général d'assistance à personne en danger s'applique aussi bien au directeur de l'établissement qu'aux grévistes qui, à défaut, s'exposent à des sanctions pénales[6].

---

[3] Rapport Berland – Démographie des professions de santé – novembre 2002

[4] Rapport du Conseil Economique et Social « Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social » - juillet 2004

[5] Art. L.6112 du code de la santé publique

[6] Art. 223-6 du code pénal

Pour concilier ces deux objectifs, il incombe au directeur de mettre en place un service minimal par le biais de l'assignation des personnels nécessaires à assurer la continuité du service public hospitalier. En cas de refus des personnels de déférer à l'assignation du directeur, ils s'exposent aux sanctions pénales prévues pour non-assistance à personne en danger.

1.2 Quel dispositif d'alerte privilégier ?

La gestion des ressources humaines hospitalières implique l'élaboration d'une stratégie dans le cadre d'une politique sociale active définie dans le volet social du projet d'établissement. Elaborer une politique sociale qui concilie les aspirations des agents aux objectifs institutionnels nécessite d'appréhender la dimension sociale de son établissement. Quel dispositif faut-il dès lors envisager de mettre en œuvre afin de disposer d'outils qui permettent d'une part d'analyser et d'évaluer la politique sociale mise en œuvre et d'autre part d'être alerté en temps réel des sources potentielles de dysfonctionnements.

1.2.1 La complémentarité des pratiques sociales

Prévenir les conflits et les dysfonctionnements nécessite qu'une attention particulière soit portée à l'ensemble des collaborateurs d'une structure. « L'écoute génère de multiples éléments d'informations intéressants mais partiels et parfois contradictoires sur les besoins, les attentes, les motivations des uns et des autres sans forcément aboutir à une vision globale »[7]. Il importe de disposer d'un système clairement défini qui apporte des indications objectives sur l'évolution sociale de l'organisation.

Plusieurs approches peuvent être envisagées pour mieux apprécier les pratiques sociales d'une organisation[7].

Le diagnostic social permet d'établir périodiquement une analyse de la situation sociale de l'établissement qui inclut la perception des employés, leur attitude et leurs motifs de satisfaction et d'insatisfaction. Il nécessite la réalisation d'une enquête spécifique de climat social et donne lieu à un certain nombre d'entretiens avec des personnes ressources de la structure.

L'audit social est une démarche spécifique d'investigation et d'évaluation qui inclut un diagnostic et éventuellement des recommandations. Il permet au décideur d'obtenir une opinion, parfois un jugement sur un problème, une procédure, une situation particulière. Mais son caractère

[7] J. IGALENS

épisodique ne permet pas de remontée permanente d'informations qui est indispensable dans un processus continu d'observation de la réalité sociale.

La veille sociale est un dispositif permanent d'alerte qui permet d'appréhender les éléments de conflictualité ouverte ou latente ; elle repose sur la constitution de bases de données et la réalisation d'analyses comparatives et évolutives.

Le contrôle de gestion sociale est également un dispositif permanent qui par le biais de tableaux de bord sociaux permet une analyse des activités et une mesure des écarts par rapport aux objectifs de l'organisation.

Enfin l'observation sociale s'inscrit dans une vision plus globale dont l'objectif est d'analyser le fonctionnement de l'organisation mais également le comportement humain au travail. Cette pratique nécessite de disposer de données importantes internes et extérieures à la structure.

1.2.2 Privilégier la veille sociale à l'hôpital

Le système privilégié à l'hôpital doit permettre d'appréhender les éléments de conflictualité qui pourraient remettre en cause l'exercice des missions du service public hospitalier. Afin de répondre à ces objectifs, il est indispensable de mettre en place un dispositif permanent. Le caractère continu du système implique :

- une simplicité d'utilisation sous peine qu'il soit rapidement abandonné par les utilisateurs,
- la présence d'informations pertinentes, il est, en effet, inutile de fournir une masse trop importante d'informations qui n'apporterait aucune aide à la décision,
- une comparabilité de l'évolution des indicateurs qui peut faire apparaître la reproduction d'événements saisonniers.

Prévenir l'apparition d'un conflit ouvert est un objectif fondamental de toute organisation sociale. Cependant, le pouvoir d'assignation des personnels ne remet pas en cause durablement l'exercice des missions de l'hôpital. Il importe avant tout pour un dirigeant hospitalier de prévenir tout dysfonctionnement qui ne permettrait plus l'exercice des missions du service public hospitalier.

Les sources de dysfonctionnements à l'hôpital sont de nature très diverses ; les principales relèvent de l'absentéisme et du turn-over.

L'absentéisme qui se caractérise par l'absence du lieu de travail peut avoir des causes prévisibles ou imprévisibles. Si les premières causes laissent une marge de manœuvre aux cadres pour trouver une solution de remplacement, l'absentéisme imprévisible prend

au dépourvu les équipes soignantes et peut désorganiser profondément le service. Les causes imprévisibles d'absentéisme sont difficiles à gérer car ni la date de survenance, ni la durée de l'absence ne sont connues. Les principaux motifs d'absentéisme imprévisible sont constitués par les congés pour maladie ordinaire, les accidents du travail incluant ceux de trajet et les faits de grève. Une autre particularité de l'absentéisme imprévisible repose sur le fait que des actions peuvent être envisagées pour le prévenir. Une politique active de prévention des risques professionnels peut avoir un impact positif sur la survenance des accidents du travail. L'absentéisme est également reconnu comme un bon indicateur de climat social. L'amélioration des conditions de travail peut également faire reculer l'absentéisme.

De même, un turn-over important qui demeure une des caractéristiques des structures hospitalières est une source potentielle de dysfonctionnement pour plusieurs raisons possibles : le poste laissé vacant ne peut être pourvu, le nouvel arrivant ne peut être convenablement accompagné, le poste est pourvu par le recours à du personnel intérimaire.

Il est donc impératif pour les directions des ressources humaines des établissements de santé de disposer d'indicateurs permanents de veille.

La politique de la direction des ressources humaines du centre hospitalier de Versailles s'inscrit dans ce cadre. Sa politique sociale active constitue un élément favorable au climat social et participe au processus global de veille sociale. Il est aujourd'hui nécessaire de lui donner également une dimension plus quantitative pour parfaire l'émergence de ce dispositif de veille sociale. Pour autant, il ne s'agit pas à ce stade de contrôle de gestion sociale qui prend en compte les indicateurs d'activité.

Dès lors, il est apparu pertinent de privilégier l'approche de veille sociale pour constituer un dispositif d'alerte dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

1.3 Intérêt d'un dispositif de veille sociale à l'hôpital

La raréfaction des ressources alliée à une demande croissante de santé exige l'efficience de nos structures hospitalières. Pour tendre vers l'efficience, il est essentiel que les managers d'établissements de santé disposent d'informations qui leur permettent d'anticiper les évolutions et de mieux allouer les ressources. Ce besoin est d'autant plus crucial que les organisations hospitalières sont confrontées à des problématiques récurrentes.

1.3.1 La pénibilité des conditions de travail

Une étude de la DREES réalisée entre novembre 2002 et février 2003 montre que malgré l'octroi de jours de repos supplémentaires et une meilleure prévisibilité des jours de travail et de repos, les personnels hospitaliers ressentent fortement la pénibilité de leurs conditions de travail.

A) La récurrence de l'absentéisme hospitalier

L'absentéisme est un thème récurrent dans la fonction publique et plus spécialement dans le secteur hospitalier. L'absentéisme pour motif médical des agents de la fonction publique hospitalière est en augmentation régulière depuis 1996. En 2001, leur durée moyenne d'absence est de 20,4 jours[8].

La moitié des absences pour motif médical est constituée d'absences de courte durée pour maladie ordinaire. Un quart des absences relève des absences pour longue maladie ou maladie de longue durée ; cette donnée évolue peu. Les congés de maternité qui représentent 17,7% des absences pour motif médical sont en net recul ; ils atteignaient 23,6% dix ans auparavant. Cette variation est à mettre en perspective avec l'évolution démographique de la population des agents hospitaliers et notamment celle des infirmières et aides-soignantes qui sont les plus représentées.

Il faut noter que la progression de l'absentéisme est particulièrement forte chez le personnel soignant. Cette évolution peu favorable de l'absentéisme est source de désorganisation des services. L'impact de cette désorganisation est d'autant plus fortement ressenti quand l'arrêt est imprévisible ce qui est la caractéristique principale de l'absentéisme pour maladie ordinaire.

L'absentéisme a également des conséquences financières non négligeables qu'il est possible d'identifier selon qu'elles aient un impact direct ou indirect.
Les coûts directs de l'absentéisme concernent :

- le coût de la rémunération de l'absence,
- le coût de la régulation de l'absence qui peut impliquer le recours à des heures supplémentaires pour un autre agent, la sollicitation d'agents d'autres services ou d'une unité de suppléance voire l'appel à des agents intérimaires,

[8] Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, établissements publics de santé 2001

- le coût de désorganisation du secteur qui représente le temps consacré à la régulation de l'absence –recherche du remplaçant…-.

L'absentéisme entraîne également un coût indirect qui concerne le temps d'adaptation de l'agent, les éventuels glissements de tâches occasionnés, l'intensification de la charge de travail pour les autres agents du service ce qui peut avoir un impact sur la qualité de la prise en charge du patient.

Le suivi de l'absentéisme permet par ailleurs d'appréhender le climat social d'un service, indicateur pertinent pour permettre au manager d'engager d'éventuelles actions.

B) Un turn-over élevé

Le secteur hospitalier se caractérise par un turn-over important. A l'hôpital public, la proportion d'agents entrants en 2001 est d'environ 11% égale à la proportion d'agents sortants[9]. La proportion moyenne, quelque soit le secteur d'activité, est de l'ordre de 5%.

A cet égard, il faut souligner le paradoxe qui caractérise la profession d'infirmier à l'hôpital ; ils sont 80% à déclarer aimer leur travail et 55% à avoir en même temps envie de le quitter. Les personnels hospitaliers éprouvent fréquemment l'anxiété ressentie vis-à-vis des malades, assistent le plus souvent à la dégradation de l'état de santé des patients, vivent dans l'inquiétude de la réponse à donner à ceux-ci, ce qui peut conduire à leur épuisement émotionnel.

En terme de mobilité professionnelle, le secteur hospitalier se caractérise par :

- des démissions inattendues, on estime actuellement que 15 à 20% des élèves infirmiers abandonnent en cours de formation,
- des départs précoces de personnels qui font que pour les infirmiers, par exemple, ils sont 50 000 âgés de moins de 55 ans à ne plus exercer leur profession d'infirmier en 2001,
- un nomadisme professionnel qui s'est accru ces dernières années sous l'effet notamment de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail.

L'importante pénurie de personnel du secteur fait également que les personnels présents sont fortement sollicités jusqu'à atteindre l'épuisement professionnel. Un certain nombre d'entre eux recherche par la voie de la mobilité de meilleures perspectives de carrière.

---

[9] « La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics » DREES avril 2002

Comme l'absentéisme, le turn-over génère des coûts non négligeables pour la structure du fait :

- des formalités administratives liées aux départs d'un agent,
- du coût de recrutement d'un nouvel agent,
- du coût de régulation de l'absence éventuelle de remplacement,
- de la baisse de productivité durant la période qui précède habituellement le départ définitif d'un agent.

Des coûts indirects sont également générés par le turn-over qui peuvent se caractériser par :

- la faible adhésion du personnel à l'établissement en raison du manque de liens durables entre ses membres,
- l'érosion de l'image de marque de l'établissement en lien avec le faible attachement de son personnel.

C) Des risques professionnels élevés

Le secteur hospitalier se caractérise par de nombreux risques professionnels. Les accidents d'exposition au sang font partie des risques professionnels les plus fréquents. Les actes thérapeutiques – prélèvements, injections, poses de perfusion…- occasionnent de nombreuses piqûres, coupures ou projections.
Les manutentions répétées des patients dans des locaux et avec du matériel qui ne sont pas toujours adaptés, les stations debout prolongées mais aussi la souffrance psychologique constituent des risques auxquels les professionnels du monde hospitalier sont exposés.

Dans les professions de santé, les cas d'ulcères et d'accidents cardiaques ont été multipliés par deux au cours des dernières années et l'espérance de vie est de quatre années plus faible que la moyenne[10]. Le stress conséquent auquel doivent faire face ces catégories de salariés n'est certainement pas étranger à la survenue de ces pathologies. Plus précisément, il conduit une infirmière sur quatre à l'utilisation de médicaments anxiolytiques et/ou de stimulants.

[10] Rapport du Conseil Economique et Social « Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés » - avril 2004

Il faut noter d'après les dernières données disponibles que les accidents de travail et de trajet sont à la hausse en 2001 avec un taux de 8,2% par rapport à 7,5% en 2000[11].

D) La menace de l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel ou burn-out a été décrit, pour la première fois, dans les années 70 par le psychologue américain Herbert FREUDENBERGER qui au cours de son exercice professionnel quotidien observait « des professionnels qui étaient parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de tension produite dans un monde du travail de plus en plus complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».

Le syndrome du burn-out se caractérise par :

- un épuisement émotionnel,
- une déshumanisation de la relation à autrui,
- une perte de l'accomplissement de soi au travail

Cet épuisement professionnel se manifeste par des troubles physiques (maux de dos, céphalées, troubles gastro-intestinaux…) associés à des troubles psychologiques comme un sentiment de tristesse, de forte dévalorisation, des insomnies pour n'en citer que les principaux.

L'épuisement professionnel est favorisé par la conjonction de plusieurs facteurs.
Le sentiment de l'absence de reconnaissance professionnelle peut être généré par la monotonie du travail, les faibles possibilités d'expression, un effort mental minime, un faible niveau de responsabilité, des relations hiérarchiques difficiles d'où l'importance pour les soignants d'avoir la possibilité de faire des suggestions et d'entretenir des rapports cordiaux avec la hiérarchie
Les personnels hospitaliers sont également confrontés en permanence aux changements organisationnels. Depuis quelques années, la fréquence des changements se multiplie (réformes hospitalières, ordonnances de 1996, réduction du temps de travail, hôpital 2007…) ce qui nécessite de reconstruire ses repères, d'abandonner ses habitudes mais qui crée également des incertitudes avec, par exemple, la recomposition des équipes.

[11] Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, établissements publics de santé 2001

1.3.2 Des perspectives démographiques préoccupantes

Les évolutions démographiques des professions hospitalières sont peu favorables qu'ils s'agissent du personnel médical ou du personnel non médical. Ces perspectives sont d'ailleurs conduit les pouvoirs publics à créer des observatoires démographiques pour ces deux catégories professionnelles.

Pour le personnel non médical a été créé en 2002 l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (O.N.E.M.F.P.H.) dont les missions consistent à :

- suivre l'évolution des emplois dans la fonction publique hospitalière,
- contribuer au développement d'une gestion prévisionnelle et prospective,
- proposer des orientations prioritaires en particulier en matière de formation,
- apprécier les évolutions des métiers, des fonctions et des qualifications,
- recenser les métiers nouveaux et leurs caractéristiques.

Cette dernière action a abouti à la création d'un répertoire des métiers hospitaliers qui est en cours de publication.

A) Une pyramide des âges défavorable : des départs à la retraite massifs des professionnels les plus expérimentés

La caractéristique principale des professions de santé est aujourd'hui son vieillissement. Globalement, les personnels de santé âgés de moins de 35 ans représentent 28% de l'ensemble des effectifs début 2002 alors qu'ils étaient 52,5% en 1983.

D'après une projection réalisée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (D.H.O.S.)[12], à partir des effectifs titulaires de la fonction publique hospitalière en activité en 1999, un agent hospitalier sur deux va partir à la retraite d'ici 2015. Pour cette année 2004, les départs devraient concerner près de 20 000 agents ; le nombre de cessations d'activité va croître jusqu'à atteindre un pic en 2012 avec environ 30 000 départs annuels.

• La filière soignante va devoir faire face aux départs à la retraite de 56% de ses effectifs soit près de 280 000 personnes. Près de 15 000 départs sont prévus en 2004 ; ce nombre va augmenter jusqu'en 2012 pour atteindre 21 000. Dans le corps des infirmiers,

[12] Données démographiques horizon 2015 – mai 2003

quelque soit la spécialité, un agent sur deux va cesser son activité. Ce taux de départ est encore plus élevé chez les aides-soignants où six agents sur dix sont concernés.

• La filière administrative est également concernée. Le corps des attachés d'administration hospitalière est fortement touché puisque plus de 80% de l'effectif de 1999 est concerné par des départs massifs à la retraite. Les adjoints administratifs, les adjoints des cadres ainsi que les standardistes vont devoir pallier des départs massifs soit plus de 50% de leur effectif de 1999.

• La filière médico-technique est concernée avec le départ à la retraite de près de la moitié de son effectif. Les départs progressifs vont s'accentuer à partir de 2009 avec un pic en 2013 pour les manipulateurs en électroradiologie médicale, les techniciens de laboratoire et les préparateurs en pharmacie hospitalière. Dans cette filière, les corps des aides de pharmacie, de laboratoire et d'électroradiologie sont plus touchés puisque six à huit agents sur dix sont concernés.

• Enfin, la filière technique et ouvrière est la plus touchée par ces départs massifs à la retraite. Six agents sur dix sont concernés par ces départs qui ont débuté dès 1999. Le pic de départs devrait être atteint en 2014 avec environ 3 600 cessations d'activité. Dans cette filière, ce sont les personnels ouvriers qui seront les plus touchés et notamment les chefs de garage et agents chefs dont la quasi-totalité de l'effectif est concernée.

B) Une démographie médicale peu favorable

Le nombre de médecins en France, après une longue période de croissance, se stabilise aujourd'hui à environ 200 000 dont près de la moitié sont des spécialistes. Chez ces derniers, la progression a été particulièrement forte puisque en 20 ans, leur part est passée de 36 à 51% des effectifs ce qui aurait dû satisfaire les hôpitaux qui ont essentiellement besoin de médecins spécialistes pour assurer le fonctionnement de leurs services. Mais cette progression s'est surtout faite en faveur du secteur privé et de l'exercice libéral. Ainsi, au 1er janvier 2000, seuls 37% des spécialistes exercent à l'hôpital alors que ce taux atteignait 51% vingt ans auparavant[13].

[13] Rapport Nicolas Duret «Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale » - 2001

Les hôpitaux se trouvent aujourd'hui devant l'impossibilité de pourvoir un certain nombre de postes vacants. On estime que 18% des postes de praticien hospitalier temps plein sont vacants et cette désaffection touche principalement les régions Picardie, Champagne-Ardenne, Auvergne, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie et Lorraine.

La démographie médicale française se caractérise par des disparités spatiales persistantes qui s'expriment également à l'hôpital :

- par une préférence géographique qui s'effectue au bénéfice des régions méridionales et de l'Ile-de-France,
- par un attrait marque pour les grandes villes et en particulier les villes universitaires.

Ainsi, la densité médicale française s'établit actuellement à 335 médecins pour 100 000 habitants avec des disparités allant de 251 en Picardie à 424 pour l'le-de-France.

Les inégalités de répartition entre spécialités ne font que s'amplifier. En effet, la forte croissance des primes d'assurance associée au x risques élevés de certaines disciplines, les contraintes liées à la permanence des soins et à la fréquence des gardes vont encore accroître le désintérêt des jeunes médecins pour les spécialités déjà déficitaires.

.

Les files d'attente sont en augmentation pour certaines spécialités, à l'instar de l'ophtalmologie et les pénuries disciplinaires à l'hôpital s'installent –anesthésie, chirurgie, néonatologie, obstétrique-.

La spécialité de psychiatrie compte aujourd'hui 13 000 psychiatres ; au vu de la pyramide des âges, ils ne devraient plus être que 7 000 en 2015-2020. A l'hôpital, il y a actuellement près de 700 postes de psychiatres vacants dans les établissements publics de santé mentale.

Une simulation de la DREES prévoit une densité médicale n'atteignant pas 300 médecins pour 100 000 habitants entre 2012 et 2032 même en cas de fort relèvement du numerus clausus dans l'hypothèse d'une constance des comportements d'installation et de départs à la retraite. La baisse serait plus forte chez les spécialistes que chez les généralistes touchant les disciplines déjà déficitaires : l'anesthésie, la chirurgie, l'obstétrique, l'ophtalmologie, l'ORL et la psychiatrie. L'absence d'engagement est frappante dans certaines de ces disciplines dont l'exercice est particulièrement difficile. De plus en plus, les externes réussissant le concours de l'internat délaissent la chirurgie et choisissent en priorité des spécialités médicales considérées plus rémunératrices et moins exigeantes à plusieurs titres.

Le vieillissement accru des personnels médicaux pourrait poser problème dans certaines spécialités dont les caractéristiques de pénibilité et de disponibilité (gardes, urgences) sont importantes mais aussi « dans le dynamisme et le renouvellement de la compétence qui sont fortement corrélés à la proximité des études médicales »[14].

La féminisation de la profession médicale a un impact sur le niveau global d'activité des médecins. En effet, les femmes s'avèrent avoir un taux d'activité inférieur à celui des hommes, du fait d'un plus grand recours au temps partiel, de cessations temporaires d'activité plus fréquentes ou de cessations définitives plus précoces.

Au cours des trente dernières années, le nombre de médecins a triplé en France. Mais sous l'effet du vieillissement du corps médical et de l'impact des mesures limitant le nombre d'étudiants en médecine, la tendance est en passe de s'inverser. De plus, le vieillissement de la population entraîne des besoins croissants en médecins spécialistes. Or, on remarque que l'effectif du corps médical va se stabiliser dans la prochaine décennie pour décroître ensuite[15].

Bien qu'il soit indispensable de demeurer vigilant à cet égard, la marge de manœuvre des établissements de santé est très réduite quant perspectives d'évolution démographique. Il appartient aux pouvoirs publics de prendre les mesures urgentes qui permettront d'atténuer les effets annoncés.

C) La crise du recrutement hospitalier

Pour tenter d'attirer les jeunes générations vers des métiers perçus de plus en plus comme contraignants et difficiles, la Fédération Hospitalière de France (F.H.F.)s'est associée avec la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privée (F.E.H.A.P.), la Fédération de l'Hospitalisation Privée (F.H.P.), la Fédération Nationale des Centre de Lutte Contre le Cancer (F.N.C.L.C.C.) et des associations du secteur médico-social pour interpeller de concert le premier ministre à la mi-novembre 2003 afin de demander qu'une une campagne nationale de valorisation des métiers hospitaliers, labellisée comme « grande cause nationale 2004 » soit orchestrée par les pouvoirs publics et mobilise la diversité des médias.

---

[14] Questions d'économie de la santé, n°44, décembre 2000, La démographie médicale française : état des lieux

[15] « La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002 », Xavier Niel, DREES, Ministère des affaires sociales et de la santé

Il est effectivement urgent d'agir pour pallier la pénurie de personnel hospitalier qui est frappante pour certaines professions parmi lesquelles figurent notamment celles d'infirmier et de manipulateur en électroradiologie médicale. Cette pénurie est d'autant plus perceptible qu'elle s'inscrit dans un contexte de vieillissement de la population et de fait les besoins de santé des français s'accroissent.

Il est peut-être prématuré de parler de crise des vocations ; toutefois, la question de l'attractivité du secteur se pose en raison des fortes contraintes qui s'y attachent.

Les professionnels expriment d'ailleurs leur souhait d'accéder à une meilleure qualité de vie et ne sont plus prêts à sacrifier leur vie familiale et privée au profit de leur vie professionnelle. En effet, l'évolution sociologique du secteur, qui rejoint celle de la société dans son ensemble, tend à donner plus de poids, dans les choix d'installation et de lieu d'exercice de l'activité, à des critères de vie et de travail au quotidien.

En France, 15% des soignants déclarent penser à quitter définitivement leur profession[16]. Les principales raisons avancées sont l'absence ou l'insuffisance de véritables collectifs de travail, le manque de temps consacré à la relation avec les patients et la baisse de qualité des soins qui en découle ainsi que la pénibilité physique du travail et les contraintes horaires, plus précisément les débuts matinaux de vacations et les changements imprévus de jours de travail.

Face à cette situation, la réaction des pouvoirs publics a d'abord été quantitative. A cet égard, l'augmentation du quota de places ouvertes dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers constitue un premier élément de réponse à l'accroissement de la pénurie de professionnels qui va s'intensifier dans les années à venir. Il est d'ailleurs paradoxal de constater que le métier d'infirmier attire les jeunes si l'on se réfère aux listes d'attente existantes pour l'accès à la formation – la sélection à l'entrée en I.F.S.I. se ferait sur la base d'un élève sur deux en Ile-de-France et sur la base d'un sur quatre en Rhône-Alpes- mais que pour autant 15% des étudiants abandonnent en cours de cursus.

Cet ajustement quantitatif ne peut suffire à combler la pénurie, il importe de s'engager parallèlement dans une approche qualitative par la valorisation des métiers hospitaliers.

[16] Revue Santé et Travail, n°46, janvier 2004

Une autre voie se précise avec le dispositif de la Validation des Acquis de l'Expérience (V.A.E.) instaurée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 qui permet de valider l'expérience acquise au cours de sa vie active. Il s'agit d'un enjeu important pour l'hôpital qui pourrait pallier partiellement le déficit chronique de recrutement. Cependant, les textes relatifs à son application sont en attente de parution et il importe notamment de préciser, compte tenu de la spécificité des professions de santé, le dispositif de formation qui devra être validé.

1.3.3 Mieux appréhender les opportunités d'une politique active de formation

La formation continue représente un enjeu important de la politique de gestion des ressources humaines d'un établissement de santé. L'intérêt qu'elle présente à l'hôpital va au-delà des objectifs réglementaires qui lui sont assignés et qui visent à :

- maintenir ou compléter la qualification professionnelle des agents hospitaliers,
- assurer l'adaptation des agents aux évolutions techniques et réglementaires,
- favoriser la promotion sociale et contribuer à l'évolution culturelle, économique et sociale.

Dans un contexte hospitalier rendu difficile par la pénurie de recrutement, elle peut constituer un facteur favorable à la fidélisation du personnel. Cet axe revêt une importance cruciale dans la mesure où les textes relatifs à la validation des acquis de l'expérience seront prochainement appliqués. Des trajectoires de formation pourront se préciser en conciliant les aspirations des agents avec les besoins de l'institution hospitalière.

Il convient également de souligner l'adoption de la loi du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social qui vise à réformer en profondeur le système de formation professionnelle français. Elle instaure notamment un droit individuel à la formation de vingt heures par an qui sont cumulables sur six ans. Bien que ce dispositif soit mis en œuvre à l'initiative de l'agent et que la formation peut se dérouler en dehors du temps de travail, l'employeur doit s'engager à verser une allocation formation et à prendre en compte les acquis de formation.

Enfin, il est utile de rappeler que la formation continue est un facteur qui contribue à accroître la qualité de prise en charge des patients. L'enjeu que représente la formation médicale continue est fondamental et elle a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses dispositions mais son application objective demeure encore très aléatoire.

Dans ce contexte, il importe pour un établissement de santé de disposer d'indicateurs pertinents relatifs à la formation car ce domaine constitue une marge de manœuvre intéressante de la politique sociale.

2 L'EMERGENCE D'UN DISPOSITIF DE VEILLE SOCIALE AU CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES

Le centre hospitalier de Versailles se caractérise par une politique sociale active dont l'élaboration se base sur une écoute active des agents qui constitue la base d'un dispositif de veille sociale. Pour autant, un certain nombre de phénomènes gagnerait à faire l'objet d'une vigilance accrue qui n'est pas opérationnelle aujourd'hui en l'absence d'un dispositif d'alerte.

2.1 Un établissement à l'écoute de ses agents

Il est intéressant de noter que toute action de la politique de gestion des ressources humaines de l'établissement est fondée sur le dialogue avec le personnel.

2.1.1 Une gestion de proximité des agents

Une des caractéristiques du centre hospitalier de Versailles en matière de gestion des ressources humaines réside dans la recherche d'une gestion personnalisée de ses agents. La collaboration étroite qui s'est établie entre la direction des ressources humaines et la direction des soins favorise cette stratégie personnalisée de gestion des ressources humaines.

Dès la procédure de recrutement, le concours d'une psychologue du travail permet d'optimiser la qualité du recrutement. En effet, la recherche d'une mise en adéquation des compétences des candidats aux postes de travail est omniprésente. L'ensemble des agents du C.H.V., à l'exception du personnel infirmier et du personnel médical, bénéficie de son intervention. Son action ne se limite pas à la seule phase de recrutement ; tout agent qui traverse une période difficile dans l'exercice de ses fonctions peut solliciter un entretien pour exposer la situation problématique. Des actions peuvent ensuite être engagées avec les acteurs concernés afin de prévenir toute dérive. Son action est également facilitée par des liens étroits qui se sont tissés avec les services de la médecine du travail et la direction des soins. Cette relation de proximité est déterminante au regard notamment des risques de souffrance psychologique et d'épuisement professionnel liés à l'exercice des professions hospitalières.

Du point de vue de la gestion administrative, chaque agent bénéficie d'un suivi personnalisé par l'identification d'un gestionnaire référent qui constitue son interlocuteur privilégié.

Une procédure d'accueil et d'intégration est également mise en œuvre pour les nouveaux arrivants. Au-delà de l'accueil administratif dont ils bénéficient quelques jours avant leur prise de fonctions, les nouveaux arrivants participent à une journée d'accueil. Ce type de journées est proposée trois à quatre fois par an et permet à tout nouveau agent de disposer de quelques données sur l'établissement –activité, projet, culture qualité…- et d'effectuer des visites guidées dans différents secteurs d'activité de la structure.

La prise de fonctions fait en général l'objet d'un accompagnement personnalisé durant les premiers jours et des entretiens d'évaluation sont rapidement programmés avec les cadres. Il faut également noter que cet aspect de personnalisation est parfois renforcé puisqu'un service sur deux de l'établissement a défini une procédure d'accueil spécifique.

Ce souhait de la personnalisation se retrouve également dans la politique de formation continue. La recherche d'adéquation est permanente entre les vœux de formation des agents et les besoins de l'institution hospitalière.

2.1.2 Le dialogue social est favorisé

Le centre hospitalier de Versailles se caractérise également par une recherche systématique de d'appropriation des projets par le personnel. Les agents sont associés à la définition et au suivi de tous les projets de la politique sociale de l'établissement. La démarche de projet social qui sera analysée au paragraphe suivant symbolise cette transversalité et cette pluridisciplinarité.

Les personnels sont également associés au projet, à l'organisation et au fonctionnement de leurs services par la mise en place progressive des conseils de service. Cette disposition favorable à l'expression des personnels est une volonté déjà ancienne des pouvoirs publics puisqu'elle figurait déjà dans la loi du 31 juillet 1991 portant réforme de l'hospitalisation. A ce jour, peu de secteurs de l'établissement n'ont pas institué de conseils de service.

La stratégie de gestion des ressources humaines de l'établissement bénéficie également d'une politique active de communication. Une diffusion écrite de l'information est régulièrement réalisée par les supports habituels de type «notes de service» mais également via le site G.R.H. de l'intranet ou diverses publications internes. La communication orale est également importante par le biais des différentes présentations

aux instances, de réunions d'information des cadres mais aussi par des rencontres directes avec les personnels des services.

Enfin, le dialogue social est favorisé par la réunion régulière des instances représentatives des personnels (C.A.P., C.T.E., C.H.S.C.T.) et leur consultation régulière sur les sujets relevant de leurs compétences. Les organisations syndicales sont également associées à la préparation des ordres du jour des instances. Ainsi, en 2003, les quatorze réunions des instances ont donné lieu à neuf réunions de préparation.

2.1.3 Une démarche de projet social bien ancrée

La gestion des ressources humaines hospitalières a longtemps relevé d'une simple gestion administrative qui consistait en la déclinaison locale des dispositifs nationaux. Mais l'intensification de la recherche d'efficience du système hospitalier alliée à une communauté humaine riche de sa diversité et de sa complexité impose aux décideurs hospitaliers une stratégie de gestion des ressources humaines. Il convient dans ce cadre de définir les orientations de la politique sociale de l'établissement et les moyens de sa réalisation par l'intermédiaire du projet social. La direction des ressources humaines du centre hospitalier de Versailles s'est rapidement engagée dans cette voie afin d'initier une démarche sociale partagée et évolutive.

A) Le cadre législatif du projet social

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 entérine l'obligation pour tout établissement public de santé de disposer d'un projet social. Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les moyens de sa mise en œuvre. « Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels ».

L'élaboration du projet social dans le secteur hospitalier public est une démarche déjà souhaitée par le législateur au début des années 90. En effet, la loi hospitalière de 1991 précise que « le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire,

détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs »[17].

B) La démarche de projet social au CHV

L'engagement du centre hospitalier de Versailles dans la démarche de projet social s'inscrit dans la continuité de sa politique sociale active. Le projet social qui porte sur la période 2001-2004, signé par les représentants des organisations syndicales et approuvé par les instances en juin 2001, s'articule autour de quatre thèmes :

- management et organisation,
- participation, information et communication,
- gestion des emplois, des compétences et des qualifications,
- conditions de travail et qualité de vie au travail.

A partir des ces quatre axes, la démarche de projet engagée a permis de définir 26 actions dont les objectifs au terme de ce premier projet social sont quasiment tous atteints. Alors que la phase d'élaboration du deuxième projet social est en passe d'être achevé, il convient de souligner la démarche participative et transversale qui a été mise en œuvre tant dans la définition des projets que dans leur suivi. En effet, la démarche s'articule autour d'un comité de pilotage, d'un groupe projet social et de référents.
Le comité de pilotage composé :

- du directeur de l'établissement,
- du président de la C.M.E.,
- du directeur des soins,
- du secrétaire de C.T.E.,

est chargé de valider le diagnostic, de déterminer les grands axes du projet, d'approuver et de prioriser les plans d'actions, d'évaluer la mise en œuvre des actions et d'en assurer la communication.

Le groupe projet social, sous l'autorité du comité de pilotage, a en charge, dans la phase de conception du projet, la réalisation d'un diagnostic social de l'établissement et l'élaboration d'un programme associant les objectifs de la politique sociale de la structure aux moyens de sa réalisation. En phase de mise en œuvre du projet, le groupe projet social est chargé d'évaluer le niveau de réalisation des actions, d'élaborer les outils adéquats de suivi et d'effectuer un bilan annuel qui sera communiqué au C.T.E..

[17] Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Enfin, chaque action du projet social est pilotée par deux référents qui déterminent les modalités concrètes de réalisation des actions et en accompagnent la mise en œuvre. Il importe de préciser que les référents sont issus de l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement et qu'une représentation catégorielle émerge également. L'ensemble des référents fait partie du groupe projet social.

Un deuxième projet social, portant sur la période 2005-2008, est en cours de finalisation avec une démarche participative et transversale comparable. Il faut noter que la démarche projet social s'inscrit également dans la démarche qualité liée à la deuxième procédure d'accréditation. En effet, dans ce cadre, un groupe thématique d'évaluation G.R.H. a été constitué.

C) L'expression de tous les personnels est favorisée

Dans la démarche d'élaboration du projet social, les représentants du personnel sont sollicités à diverses occasions :

- par la participation de la secrétaire du C.T.E. au comité de pilotage,
- par la participation des représentants des organisations syndicales de la structure aux réunions du groupe projet social,
- par des communications régulières sur l'avancement des travaux en C.T.E..

Au-delà de l'étude de documents internes, de l'analyse de l'autoévaluation G.R.H., des interviews de personnes ressources, la réalisation du diagnostic social s'appuie également sur la réalisation d'un questionnaire adressé à l'ensemble du personnel. Une enquête est un élément important d'appréhension du climat social de l'établissement. Dans le cas présent, il a de plus été possible d'en apprécier son évolution puisque une démarche identique a été adoptée en 2001 et en 2004 en préalable à la définition des plans d'action de la politique sociale. Ainsi, à titre d'exemple, les relations et les conditions de travail obtiennent un niveau de satisfaction élevé avec une évolution favorable entre 2001 et 2004. Et, au final, plus d'un agent sur deux recommanderait à ses proches de venir travailler dans l'établissement.

La réalisation de ces enquêtes et leur taux de participation -environ un agent sur deux y a répondu ce qui est un taux plutôt satisfaisant pour une enquête de ce type- soulignent la pertinence des éléments du dispositif de veille sociale mis en œuvre au centre hospitalier de Versailles.

2.1.4 Des risques professionnels en cours d'identification

L'établissement se caractérise par une politique active de gestion des risques. Dans le domaine des risques professionnels, la circulaire du 18 avril 2002 oblige les établissements de santé à recenser les résultats de l'évaluation de leurs risques professionnels sous la forme d'un document unique et à effectuer une mise à jour annuelle du document sous peine de sanctions.

A) Le document unique

Le document unique doit assurer :

- une exhaustivité du recensement des risques professionnels dans l'établissement qui doivent être identifiés par poste de travail,
- une hiérarchisation des risques avec évaluation de la fréquence d'exposition, de la gravité du risque et de la probabilité de survenue du dommage,
- une évaluation, a priori, des risques lors du renouvellement ou de l'acquisition d'un équipement, de la construction d'un bâtiment, de la création ou de la transformation d'un poste de travail,
- le suivi des mesures de prévention mises en place et la politique de maîtrise des risques de l'unité,
- le recueil des actions engagées qui visent à prévenir et à réduire les risques ainsi que les résultats de l'évaluation de ces mesures.

A terme, la finalisation du document unique permettra d'établir une cartographie des risques de l'établissement, étape prévue dans le courant du premier semestre 2005 au centre hospitalier de Versailles.

B) La démarche d'identification des risques professionnels au CHV

La démarche de l'établissement se veut participative et pluriprofessionnelle par la constitution d'un groupe de travail qui associe des professionnels de santé de divers horizons, les services de la médecine du travail, la psychologue du travail, le Comité d'Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail (C.H.S.C.T.) et la gestionnaire de risques qui anime et coordonne les travaux du groupe.

La spécificité de la démarche retenue réside dans l'implication des personnels de l'unité considérée dans la phase d'évaluation des risques qui lui sont propres. En effet, un binôme issu du groupe de travail évalue les risques spécifiques à une unité de travail en collaboration avec le personnel par le biais d'interviews spécifiques selon les différents

postes de travail, la description des mesures de prévention existantes et les mesures à engager en réduction de risques.
Cette méthode présente plusieurs avantages et notamment :

- de sensibiliser le personnel aux risques inhérents à sa propre activité,
- de créer un climat favorable au dialogue social,
- de rappeler les mesures de prévention existantes,
- et d'engager une réflexion sur les mesures à mettre en œuvre et les moyens d'y parvenir.

Cette démarche d'identification des risques professionnels de l'établissement serait avantageusement enrichie par un suivi permanent et ciblé de l'évolution des accidents du travail.

2.2 La vigilance s'impose pourtant face aux sources latentes de dysfonctionnement

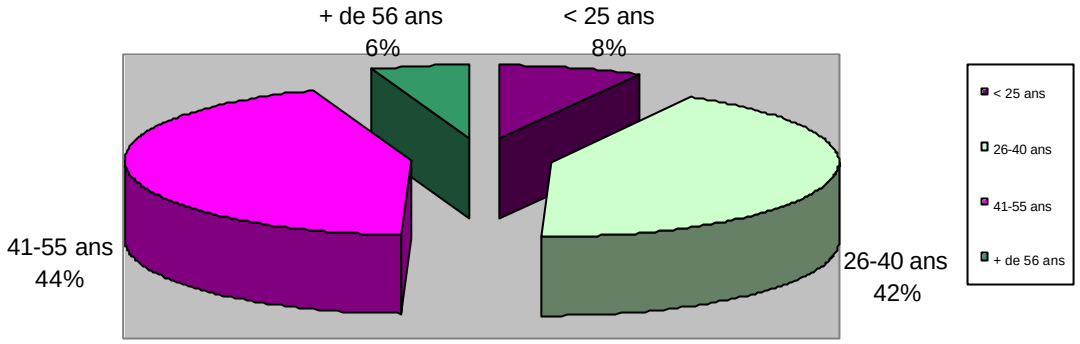
2.2.1 L'évolution naturelle de la pyramide des âges se conjugue au traditionnel turn-over hospitalier

A) Le vieillissement du personnel se poursuit

Une des caractéristiques principales des professions de santé réside en son vieillissement. Pour les infirmiers, par exemple, l'âge moyen est passé de 34 ans en 1983 à près de 40 ans en 1998.

Cette tendance au vieillissement du personnel est également une réalité au centre hospitalier de Versailles. La moyenne d'âge globale du personnel s'accroît progressivement ; de 39 ans en 2000, elle atteint 40 ans en 2003. Elle est plus élevée pour le personnel médical où elle se situe à 46 ans.

REPARTITION DU PERSONNEL NON MEDICAL DU CHV PAR TRANCHE D'AGE



Le bilan social 2002 nous montre que presque un agent sur deux a plus de 41 ans ; ils n'étaient 35,76% dix ans auparavant.

Les projections de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins font état de départs massifs à la retraite d'ici 2015 avec la cessation d'activité d'un fonctionnaire hospitalier sur deux. Compte tenu de sa pyramide des âges, le centre hospitalier de Versailles va être confronté à une situation comparable. Une cinquantaine de départs annuels est envisagée jusqu'en 2008. La réforme des retraites de 2003[18] induit davantage d'incertitudes quant à la date effective du départ à la retraite qui ne coïncide pas toujours avec l'âge d'ouverture des droits.

B) Les conséquences du vieillissement du personnel

Le vieillissement du personnel entraîne une dualité de conséquences en terme d'absentéisme.

La fréquence des absences, tous motifs confondus, est décroissante selon l'âge. En effet, pour l'année 2002, l'absentéisme a concerné 49,42% des agents du CHV âgés de plus de 40 ans mais 66,91% des moins de 40 ans.

En revanche, les absences des agents âgés de plus de 40 ans sont plus longues. Au CHV, pour l'année 2002, il a été constaté :

- une absence de 32,9 jours en moyenne pour les plus de 40 ans,
- et une absence de 14,2 jours en moyenne pour les moins de 40 ans.

[18] Dispositions de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites

Comme il a été exposé précédemment, les conditions de travail à l'hôpital sont difficiles. Leur pénibilité se trouve inévitablement accrue pour le personnel dont l'âge s'accroît :

- l'usure professionnelle s'amplifie du fait de manutentions répétées, de postures parfois inadaptées, de déplacements nombreux,
- l'épuisement professionnel menace dans un secteur hospitalier en perpétuelle mutation : les agents doivent s'adapter en permanence à de nouvelles habitudes de travail, la persistance de postes vacants à la suite de la mise en place de la réduction du temps de travail a intensifié la charge de travail des équipes hospitalières.

Le vieillissement du personnel peut également engendrer une demande accrue de postes aménagés. Dans le cadre du projet social 2001-2004 et pour répondre aux demandes spécifiques de postes aménagés, le CHV a créé une commission des postes aménagés. Animée par la psychologue du travail, cette commission est chargée d'élaborer une procédure d'affectation et de suivi des agents qui font l'objet de restrictions médicales. Le suivi personnalisé mis en place permet à l'agent de bénéficier de formations adaptées à ses nouvelles fonctions ; dans certains cas, un reclassement peut être envisagé.

Ce mouvement inéluctable de la pyramide des âges des agents hospitaliers s'inscrit dans un contexte déjà fragilisé par de nombreux départs de personnels non remplacés.

C) Un turn-over persistant

Depuis 2001, l'établissement doit faire face à une diminution importante et régulière de ses effectifs. Cette baisse, initialement liée à une politique institutionnelle de réduction des effectifs, résulte aujourd'hui de la pénurie de personnels hospitaliers. Cette situation est particulièrement marquée en région Ile-de-France et touche principalement le personnel soignant. Au-delà de la crise actuelle du recrutement hospitalier, la mise en œuvre de la réduction du temps de travail a contribué à accroître le turn-over spécifiquement dans les établissements de santé franciliens en raison de recrutements importants réalisés par les hôpitaux de province. Dans bon nombre d'établissements franciliens, les créations de postes liées à cette réforme n'ont pu être mises en œuvre ; sur les 106 postes alloués au centre hospitalier de Versailles, moins de la moitié a effectivement pu être pourvu.

Le taux de remplacement du personnel de l'établissement qui dépassait les 100% en 2000 a subitement décru ; en 2002, il n'est plus que de 77%. En effet, au cours de cette année 2002, l'établissement a enregistré 289 départs mais n'a comptabilisé que 224 nouvelles recrues. Il faut noter que parmi les agents non remplacés, 90% concernent le secteur soignant et plus particulièrement le personnel infirmier. Par ailleurs, des disciplines telles que la psychiatrie et les services de soins aux personnes âgées sont

particulièrement concernées. Il est de même difficile de pourvoir les postes de travail de nuit. La tendance 2003 est plus rassurante puisque le taux de remplacement dépasse désormais 82% avec pour cette année 217 recrutements pour 264 départs. Les données partielles de l'année 2004 confirment cette évolution favorable du taux de remplacement.

En 2002, les entrées ont représenté 11,88% de l'effectif moyen ; parmi ces recrutements, 75% se font directement et 13% par mutation.
Quant au nombre de départs, il représente 15,17% de l'effectif moyen. Il faut noter que 22,15% des départs sont constitués de mutations vers d'autres établissements et 13,15% relèvent de démissions.
Les mutations et détachements représentent 26% des départs ; la moitié de ces mouvements se fait vers des structures franciliennes. Ces mouvements intra-régionaux sont à considérer comme des départs évitables auxquels l'établissement peut pallier par des actions de fidélisation de son personnel, d'amélioration des conditions de travail…

Ces problématiques associées de vieillissement du personnel, de turn-over élevé et de remplacement partiel des effectifs requièrent la mise à disposition d'indicateurs périodiques pertinents afin que ces phénomènes soient mieux anticipés.

2.2.2 L'absentéisme appelle une vigilance permanente

L'absentéisme persistant des structures hospitalières complexifie davantage la gestion quotidienne des effectifs déjà rendue difficile par les problèmes récurrents de recrutements.

A) Quelques données globales relatives à l'absentéisme au centre hospitalier de Versailles

L'absentéisme au centre hospitalier de Versailles a reculé de façon significative entre 2001 et 2003 de l'ordre de 16%. En 2003, le nombre de journées d'absence, toutes causes confondues, s'établit à 42 917 soit une baisse de 12,4% par rapport à 2002. Le nombre moyen de jours d'absence par agent de l'établissement se situe à 22,97 jours contre 25,72 jours en 2002 et 27,63 jours en 2001. En année pleine, le nombre total de jours d'absence représente, quelque soit la cause, 118 agents soit :

- 14 pour le secteur administratif,
- 83 pour le secteur soignant,
- 9 pour le secteur médico-technique,
- 12 pour le secteur technique.

La cause la plus fréquente d'absentéisme demeure la maladie ordinaire puisqu'elle représente 39,17% des journées d'absence. Les autres motifs d'absence se répartissent comme suit :

- la longue maladie et la maladie de longue durée pour 28,46%,
- la maternité pour 24,45%,
- les accidents du travail et les maladies professionnelles pour 5,38%,
- les accidents de trajet pour 0,28%,
- les congés enfants malades pour 1,99%,
- les congés de paternité pour 0,26%.

B) La prédominance de l'absentéisme pour cause de maladie ordinaire

L'analyse des causes d'absentéisme montre que près de quatre journées d'absence sur dix relèvent de la maladie ordinaire et que ce motif d'absence concerne près des deux tiers des arrêts. Le nombre moyen de jours d'absence par agent du CHV pour ce motif s'établit pour 2002 à 7,31 ; la valeur moyenne de la région Ile-de-France se situe à 8,87. Le tableau suivant donne, pour chaque secteur d'activité, la répartition du nombre de journées d'absence, du nombre d'agents concernés, la durée moyenne de l'arrêt par agent et le nombre d'agents arrêtés en fonction de l'effectif moyen annuel du secteur :

Année 2002	*Nombre de journées d'absence*	*Nombre d'agents concernés*	*Durée moyenne de l'arrêt par agent en journées*	*Nombre d'agents arrêtés par rapport à l'effectif moyen annuel du secteur*
Secteur administratif	1 892	118	16,03	44,36%
Secteur soignant	14 386	632	22,73	48,47%
Secteur médico-technique	1 032	57	18,11	41,61%
Secteur technique	1 914	92	20,8	46,46%
TOTAL	19 224	899	21,36	47,19%

L'absentéisme pour maladie ordinaire diffère également selon le niveau de responsabilité. En effet, près de 55% des journées d'absentéisme concernent des agents de catégorie C et la durée moyenne d'absence par agent arrêté est également plus élevé dans cette

catégorie : 22,38 jours alors qu'elle est de 20,41 pour les agents de catégorie B et de 19,44 pour les agents de catégorie A.

L'absentéisme pour maladie ordinaire touche 52,45% des effectifs de la catégorie C ; l'effectif concerné dans les autres catégories est de moindre proportion (43,04% pour la catégorie B et 39,13% pour les agents de catégorie A).

Compte tenu des dysfonctionnements occasionnés par ce phénomène et malgré l'évolution actuelle plus favorable, il importe que le centre hospitalier de Versailles dispose d'outils ciblés de suivi de l'absentéisme et que l'accent soit particulièrement mis sur l'absentéisme pour maladie ordinaire. En effet, il représente la part la plus importante de l'absentéisme pour motif médical et il est potentiellement compressible.

Les données présentées précédemment mettent en exergue des proportions d'absentéisme qui diffèrent selon :

- le secteur d'activité,
- la catégorie professionnelle.

Il est incontournable que des données relatives à ces deux critères fassent l'objet d'un suivi régulier afin que des actions spécifiques puissent être entreprises ; certaines l'ont déjà été telles que :

- l'instauration d'un congé de « présentéisme »,
- la mise en place de campagnes de vaccination anti-grippale

D'autres actions sont à envisager ; elles ne pourront l'être qu'à condition de connaître parfaitement l'ampleur de l'absentéisme et ses causes.

C) Les autres motifs d'absentéisme

L'absentéisme pour longue maladie et maladie de longue durée nécessite également un suivi régulier compte tenu :

- du fait qu'il constitue la deuxième cause d'absentéisme après la maladie ordinaire,
- du vieillissement du personnel.

Au CHV, en 2002, l'absentéisme pour longue maladie et maladie de longue durée représente une durée moyenne d'absence de 225 jours par agent concerné ce qui équivaut à l'absence de 38 agents en année pleine. En raison du vieillissement du personnel dans l'ensemble des établissements de santé, ce type d'absentéisme pourrait prendre de l'ampleur dans les années à venir.

La maternité représente la troisième cause d'absence dans l'établissement. Sa part est en diminution depuis quelques années. De 14 537 jours en 1996, l'absentéisme pour maternité atteint en 2003 10 494 journées. Cette situation est à rapprocher du phénomène global de vieillissement du personnel hospitalier. Cette tendance concerne plus spécifiquement le personnel soignant et notamment les infirmières et les aides-soignantes. Il importe toutefois de disposer de données relatives aux congés maternité par secteur et par catégorie professionnelle car :

- compte tenu de la pénibilité des conditions de travail à l'hôpital, il peut donner lieu à des arrêts anticipés,
- il peut se poursuivre par un congé parental,
- il s'est avéré dans des secteurs d'activité extérieurs au monde hospitalier que les congés maternité pouvaient constituer une sorte de refuge quand une souffrance psychologique trop forte pèse sur les agents.

Enfin, il est incontournable de disposer de données fiables et précises sur la survenue des accidents du travail et maladies professionnelles afin de cibler davantage les actions de prévention.

Dans l'établissement, l'absentéisme pour ce motif a représenté en 2003 5,38% des journées d'absence. Au cours de cette année, 164 accidents du travail ont été recensés. Les principales causes d'accident sont :

- les accidents d'exposition au sang,
- les efforts de soulèvement,
- les chutes.

Le secteur soignant est le plus concerné puisque près de 80% des accidents y ont eu lieu.

En lien avec la politique active de recensement et de prévention des risques professionnels mise en œuvre dans l'établissement, il importe de mettre en œuvre un suivi régulier de l'évolution des accidents du travail.

2.2.3 Contenir l'évolution de la masse salariale

A) La nécessaire maîtrise des dépenses de personnel

Le centre hospitalier de Versailles a enregistré une forte croissance de ces dépenses de personnel sur la période 1997-2001 de l'ordre de 13,27% en incluant les reports de charges correspondantes. Cette importante augmentation résulte de l'application de protocoles nationaux relatifs aux personnels mais également de la création d'emplois sur cette période.

A cette période, l'établissement se caractérise par des dotations en personnel plus élevées que dans des établissements comparables tant pour le personnel médical que non médical. Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales a mis l'accent sur le surdimensionnement des plateaux techniques particulièrement le bloc opératoire, les laboratoires et les explorations fonctionnelles.

Dès 2002, des mesures ont été prises par l'établissement afin de retrouver des niveaux de dotations comparables aux structures hospitalières de même taille. Des postes ont été gelés et des postes vacants n'ont pas été pourvus. Mais cette dernière mesure est principalement liée aux difficultés de recrutement du personnel hospitalier. Du fait des difficultés de recrutement, des fermetures de lits ont provoqué une baisse de l'activité en 2002. Cette diminution d'activité, si elle n'a pas de conséquences dans le cadre de la dotation globale de financement, est fortement préjudiciable dans une optique de tarification à l'activité.

Par ailleurs et toujours en lien avec les difficultés de recrutement, les créations de postes accordées à l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans le secteur hospitalier n'ont été que partiellement réalisées.

Parallèlement, l'établissement a dû recourir massivement aux services de sociétés d'intérim afin d'assurer la continuité du service public hospitalier. Des intérimaires ont contribué à pallier les absences pour maladie, maternité voire congés annuels qui ne pouvaient l'être par le service infirmier de compensation et de suppléance (S.I.C.S.) de l'établissement insuffisamment doté pour faire face aux besoins de la structure. Mais le recours à l'intérim a également servi à pourvoir les postes restés vacants au bloc opératoire ou parmi le personnel de nuit. En conséquence, les dépenses de ce poste ont fortement augmenté depuis 2002.

Pour les dépenses de personnel non médical, la croissance est désormais contenue mais du fait notamment de l'absence de recrutement liée à la pénurie de personnel.

Il est de ce fait indispensable d'effectuer un suivi régulier de l'évolution des effectifs tant par corps que par secteur d'activité afin de prévenir toute dérive et de procéder aux ajustements d'effectifs nécessaires.

B) Une forte croissance des dépenses de personnel médical

Les dépenses de personnel médical du centre hospitalier de Versailles se sont fortement accrues notamment depuis 2002 du fait :

- d'une part, de l'application de nouvelles mesures statutaires et de créations de postes,
- d'autre part, de la mise en œuvre du dispositif relatif à la réduction du temps de travail des personnels médicaux.

L'augmentation des dépenses de personnel médical dépasse les 10% entre 2002 et 2003 pour un effectif qui s'est accru de 7,5 équivalents temps plein.

Afin de garantir la continuité du service public hospitalier par les personnels médicaux, il est indispensable pour les praticiens de recourir au temps additionnel. Les risques inflationnistes générés par le recours au temps additionnel sont très élevés. Par ailleurs, leur financement n'est que partiellement assuré dans le cadre de l'exercice budgétaire. Actuellement, l'excédent budgétaire lié aux insuffisances de recrutement de personnel non médical permet de couvrir le déficit du personnel médical et d'assurer l'équilibre précaire du groupe I.

Il est nécessaire concernant les dépenses de personnel médical :

- de suivre précisément leur évolution et notamment les risques de dérapage liés au temps additionnel,
- d'engager avec les chefs de service respectifs une réflexion relative à l'organisation du temps de travail des praticiens et notamment quant à sa répartition afin d'éviter de générer du temps additionnel.

2.3 Un dispositif d'alerte perfectible

Les décideurs du CHV disposent d'informations globales et rétrospectives qui proviennent essentiellement du bilan social. Des extractions spécifiques sont réalisées à partir du système d'information dont le manque de souplesse décourage les utilisateurs. Il est pourtant incontournable de disposer désormais de tableaux de bord sociaux périodiques et ciblés afin de constituer un système d'alerte et d'enrichir le dispositif existant.

2.3.1 Les insuffisances du seul bilan social

A) Les origines du bilan social

C'est aux Etats-Unis que sont apparues les premières études visant à exprimer un bilan annuel de la gestion sociale dune entreprise dans son ensemble à travers un certain nombre d'indicateurs. Ce mouvement d'appréhension des facteurs sociaux de l'entreprise se développe en Europe à la fin des années 60. En France, la loi du 17 juillet 1977 rend obligatoire la production du bilan social pour les entreprises et les établissements dont l'effectif habituel est d'au moins 300 salariés. Son application sera effective à partir de 1979.

La philosophie du bilan social s'inscrit dans « la volonté de transformer la vie de l'entreprise et en particulier de nouer un dialogue social »[19]. Ses principaux objectifs reposent sur l'information, la concertation et la planification.

Dans la fonction publique hospitalière, le décret du 7 octobre 1988 réglemente le bilan social des établissements publics de santé.

B) Le contenu du bilan social

Le bilan social est très réglementé : la production d'un certain nombre d'indicateurs sociaux par grandes rubriques est obligatoire. Ces thèmes sont les suivants :

- emplois, mouvements du personnel, absence au travail,
- rémunérations et charges accessoires,
- conditions d'hygiène et de sécurité,
- conditions de travail et protection médicale,
- formation,
- relations professionnelles,
- œuvres sociales.

Cette synthèse chiffrée de la situation sociale de l'établissement est enrichie par des données économiques. Par exemple, aux données relatives à l'absentéisme viennent s'ajouter des informations concernant les heures supplémentaires et les mensualités de remplacement.
Par ailleurs, le bilan social permet de suivre l'évolution des indicateurs sociaux de l'année N en comparaison avec les deux années précédentes.

[19] Rapport SUDREAU « La réforme de l'entreprise » - 1977

C) Les limites du bilan social

Le bilan social offre une vision rétrospective de la situation de l'établissement. En effet, les données d'une année sont disponibles au mieux à la fin du premier semestre de l'année suivante. Les données synthétisées peuvent différer de la situation actuelle dans certains domaines. Le nombre de mouvements d'un établissement peut apparaître en équilibre au regard du bilan social alors que depuis quelques mois sont apparues des difficultés de recrutement de certaines catégories de personnel qui n'apparaîtront que lors du prochain bilan social. Il est, dans ces conditions, difficile d'envisager des actions correctives.

Cette image rétrospective est également globale. Les informations sont synthétisées au niveau de l'établissement ; elles n'apportent pas d'éléments pertinents concernant un service ou un secteur d'activité. Concernant le centre hospitalier de Versailles, il n'est nullement fait mention dans le bilan social des difficultés spécifiques de recrutement de personnel soignant dans les secteurs de psychiatrie et de gériatrie. Dans ce type de situation, des actions doivent être engagées immédiatement.

Le bilan social propose une représentation statique de l'établissement. Les données annuelles recensées ne permettent pas d'appréhender les effets saisonniers éventuels de certains phénomènes. Ainsi, l'augmentation des mouvements de personnel à une période précise de l'année passe inaperçue alors que des actions correctrices pourraient être mises en place pour en atténuer l'effet.

Enfin, en termes de communication, l'impact du bilan social est limité. Sa diffusion est assurée auprès des seuls partenaires sociaux. Il est simplement tenu à la disposition des agents qui peuvent le consulter. De plus, son caractère volumineux et la complexité des indicateurs retenus freinent l'accès et le partage de cette information.

Au final, la connaissance de la situation globale de l'établissement n'apporte pas d'indications pertinentes qui permettraient aux managers d'engager des actions immédiates et ciblées. C'est ainsi qu'a émergé l'intérêt de mettre en place des indicateurs significatifs, localisés et suivis régulièrement par l'intermédiaire des tableaux de bord sociaux.

2.3.2 Un système d'information complexe et cloisonné

La complexité des systèmes d'information ne cesse de s'accroître dans les établissements de santé. La quête permanente d'une prise en charge de qualité alliée à la

médicalisation des systèmes d'information ont permis aux acteurs hospitaliers de disposer d'une richesse d'information centrée sur le patient en temps réel.

Parallèlement, les fonctionnalités des logiciels axées sur la gestion administrative des établissements de santé se sont peu développées et ne permettent pas aujourd'hui de fournir aux managers hospitaliers les éléments qui les éclaireront dans leurs décisions.

Comme la plupart des établissements publics de santé, le centre hospitalier de Versailles n'échappe pas à cette situation. Le système d'information « ressources humaines » de l'établissement se caractérise par plusieurs logiciels qui ne bénéficient pas d'interconnexions. Le système informatisé des ressources humaines se compose :

- d'une base de données EVOLUANCE RH qui contient toutes les données relatives à la situation individuelle des agents ; cet outil concerne aussi bien le personnel médical que médical,
- d'un logiciel de paie qui permet de traiter mensuellement les rémunérations de l'ensemble des agents en lien avec la base de données,
- d'un module développé en interne lors de la mise en œuvre interne de la réduction du temps de travail qui permet la gestion informatisée des plannings des agents,
- d'un logiciel de gestion de la formation et de son suivi budgétaire,
- d'un logiciel exploité par les services de la médecine du travail.

Un infocentre permet aux gestionnaires des ressources humaines d'effectuer des requêtes à partir de la base de données EVOLUANCE RH. L'utilisation de cet outil de requêtes pose plusieurs difficultés :

- son utilisation s'avère complexe et des connaissances en gestion de bases de données sont indispensables,
- l'extraction de données synthétiques nécessite un développement informatique spécifique ou un traitement par un autre logiciel,
- l'absence d'interfaces avec les autres logiciels impliqués dans la gestion des ressources humaines restreint son exploitation directe à des fins d'aide à la décision.

Les possibilités d'exploitation du logiciel de paie ne permettent pas à l'utilisateur de répondre à ses besoins spécifiques. En effet, il n'est possible ni de créer des requêtes spécifiques permettant de répondre aux besoins de l'utilisateur, ni d'exploiter les états dans un autre logiciel. Or il sera incontournable dans le cadre notamment de la réforme du mode financement des établissements d'analyser les données relatives aux effectifs et à la masse salariale au regard de l'activité.

Ainsi, l'élaboration de tableaux de bord nécessite que soit intégré l'ensemble des contraintes du système d'information «ressources humaines ». Un des axes du projet social 2005-2008, en cours d'élaboration, est constitué par l'étude des possibilités d'interfaces entre :

- d'une part, l'ensemble des logiciels de gestion des ressources humaines,
- d'autre part, les logiciels de gestion des ressources humaines et les autres domaines du système d'information de l'établissement notamment dans la perspective de la montée en charge de la réforme de la tarification à l'activité.

2.3.3 La mise en œuvre de tableaux de bord sociaux devient incontournable

Le dispositif de veille sociale existant gagnerait à s'enrichir d'un système d'alerte qui permettrait d'engager de nouvelles actions.

En matière de gestion sociale, le principal outil d'information utilisé jusqu'à présent est le bilan social. Les lacunes de ce dispositif dans le pilotage d'une structure hospitalière ont été exposées précédemment. L'intérêt d'un dispositif d'alerte composé de tableaux de bord réside dans :

- l'objectif spécifique assigné au tableau de bord,
- la dynamique instauré par leur production régulière,
- la prise en compte de la spécificité de l'interlocuteur,
- leur nombre limité qui permet une analyse pertinente.

Le tableau de bord est un outil de gestion et d'aide à la décision composé d'un certain nombre d'indicateurs. Ces éléments permettent de mesurer un phénomène qui a été identifié comme devant faire l'objet d'une vigilance particulière. Un tableau de bord doit faire l'objet d'une production régulière dont il convient de définir la fréquence avec les utilisateurs.

Le tableau de bord constitue un élément du dispositif d'alerte d'un établissement. Il convient d'en définir un seuil d'alerte. Ainsi, des dispositions spécifiques peuvent être engagées selon le niveau d'alerte atteint ; en fonction de la position de l'indicateur, les types d'actions engagées peuvent différer. De même, une variation brusque de l'indicateur sans que le niveau d'alerte soit atteint pour autant doit attirer l'attention des gestionnaires et les orienter vers des actions éventuelles.

Le tableau de bord n'a d'utilité que si l'action du manager peut être engagée. A titre d'exemple, dans un établissement hospitalier,

A l'opposé, un tableau de bord de suivi des accidents du travail est incontournable car le renforcement de la politique de prévention des risques professionnels constitue un levier d'action qui peut être engagé par l'hôpital.

Les tableaux de bord permettent de concilier plusieurs objectifs :

- la mesure des résultats de la politique sociale mise en œuvre donne une information objective de la situation de l'établissement,
- l'écart entre la valeur constatée et celle considérée comme normale permet d'établir un diagnostic,
- l'analyse des informations recueillies et de leur évolution permet de réaliser des prévisions.

Il faut pourtant se rappeler que le tableau de bord ne constitue qu'un outil d'aide à la décision et qu'il ne peut en aucun cas se substituer à la décision humaine ; son rôle se limite au signalement d'un risque de dérive.

3 UN DISPOSITIF DE VEILLE SOCIALE A RENFORCER PAR LA MISE EN ŒUVRE DE TABLEAUX DE BORD SOCIAUX

La mise en œuvre de tableaux de bord sociaux concerne tous les gestionnaires de l'établissement : il leur appartient de s'approprier les outils dans le cadre d'une démarche participative. Pour autant, le niveau d'exploitation des données diffère selon les destinataires. L'objet de cette étude se limite à la proposition de tableaux de bord de la direction des ressources humaines. Néanmoins, il faudra veiller à garantir la pérennité du dispositif, à intégrer les éléments relatifs à la montée en charge de la tarification à l'activité et à compléter le dispositif par une approche qualitative.

3.1 La démarche adoptée

La mise en œuvre des tableaux de bord sociaux constitue, en l'état actuel du projet, une des actions du projet social 2005-2008 en cours d'élaboration. Cette démarche, nécessairement participative, va impliquer plusieurs niveaux hiérarchiques de l'établissement :

- en premier lieu, la direction des ressources humaines pour qui il est indispensable de disposer d'indicateurs sociaux qui constituent à la fois un système d'alerte et d'aide à la décision,

- l'élaboration d'un tel dispositif ne peut se faire sans un partenariat étroit entre la direction des ressources humaines et l'encadrement de proximité avec l'aval de la direction des soins,

- enfin, il est souhaitable que dans une structure où le capital humain est si fondamental que la direction générale de l'établissement soit destinataire d'indicateurs synthétiques dont il conviendra d'adapter la périodicité lors de la mise en œuvre effective du dispositif.

3.1.1 Une démarche participative

L'élaboration du projet social ainsi que la réalisation de ses actions s'appuie sur une démarche participative bien ancrée au centre hospitalier de Versailles. Ainsi, selon le dispositif désormais bien établi de mise en œuvre du projet social, cette action va être pilotée par deux référents en lien avec le groupe projet social[20]. D'ores et déjà, dans le

[20] La démarche retenue dans le cadre du projet social est exposée au paragraphe 2.1.3

cadre de la réflexion préalable à l'élaboration de tableaux de bord sociaux au sein de la direction des ressources humaines qui fait l'objet de ce mémoire, un groupe de travail composé de collaborateurs de la direction des ressources humaines et de cadres de proximité a été constitué afin de préciser leurs besoins spécifiques. L'indisponibilité ponctuelle de la direction des soins de l'établissement n'a pas permis d'engager une réflexion plus approfondie concernant les indicateurs sociaux destinés à l'encadrement de proximité. La direction des soins constitue, en effet, un interlocuteur privilégié dans le cadre de l'élaboration de ce dispositif. La recherche d'une allocation efficiente des ressources humaines de l'établissement est une thématique partagée entre la direction des ressources humaines et la direction des soins et, a fortiori, dans un contexte marqué par des difficultés de recrutement liées à la pénurie de personnel.

Il importe effectivement qu'une telle démarche soit partagée et ce pour plusieurs raisons :

- en période de fortes restrictions budgétaires, il est préférable d'éviter que la mise en œuvre de tableaux de bord sociaux soit perçue comme un outil supplémentaire de contrôle,
- les besoins réels des destinataires doivent être traités sous peine de voir disparaître l'utilisation des tableaux de bord,
- il faut s'assurer, au-delà du partage de l'information, de l'émergence d'un langage commun qu'il est indispensable d'intégrer en raison notamment de la montée en charge de la réforme de la tarification à l'activité,
- enfin, cette démarche permet d'asseoir la légitimité du dispositif mis en œuvre.

3.1.2 Son intégration dans le projet social garantit le dialogue et la transparence

La mise en place de tableaux de bord sociaux fait partie intégrante du plan d'actions du projet social 2005-2008 ; elle a fait l'objet d'échanges au sein du groupe projet social dont la composition est vaste et pluriprofessionnelle. La validation prochaine du projet social par le comité de pilotage puis sa présentation devant les instances de l'établissement avant approbation constitue des gages de transparence et de dialogue.

De plus, la réalisation de rapports d'étapes des différentes actions du projet social permet d'obtenir un état de l'avancement des travaux en temps réel et, le cas échéant, d'effectuer des ajustements.

3.2 Des indicateurs sociaux à différencier selon les destinataires

Tous les agents de l'établissement placés en position de managers doivent disposer d'informations sociales pour éclairer leurs décisions. Pour autant, leurs besoins sont différents et il est indispensable de procéder à une élaboration personnalisée des tableaux de bord sociaux.

3.2.1 Un impératif de gestion quotidienne pour les cadres de proximité

L'encadrement de proximité, en tant qu'animateur d'équipe, est l'interlocuteur privilégié de l'ensemble des agents. Avant même que les décisions des agents soient effectives, il peut être informé de certaines intentions. Un agent peut exprimer son souhait de prendre un congé parental alors que sa grossesse débute. Tel autre peut signifier la probabilité de demander une disponibilité pour suivre son conjoint dans une autre région. Toutes ses informations non formalisées ne sont en réalité qu'à portée des cadres de proximité. Il leur appartient de les recenser en attendant leur éventuelle confirmation. Ces données constituent une source d'information qui diffère des canaux habituels et qui signe le passage d'une culture de l'intention à une culture de la certitude.

L'impératif de disposer d'indicateurs fiables est incontournable pour les cadres de proximité étant donné leur souci quotidien de gestion des plannings. Tout absentéisme doit être porté à leur connaissance au plus vite afin de permettre le remplacement et ainsi garantir la continuité de la prise en charge du patient dans des conditions satisfaisantes.

Les échanges d'information avec la direction des ressources humaines sont indispensables à une bonne anticipation de la situation. Il est impératif que les départs définitifs de personnes soient signalés en temps réel à la cellule en charge du recrutement afin de prévoir les recrutements futurs et réduire les délais de procédure.

De même, l'utilisation des mensualités de remplacement par secteur d'activité doit être accompagné d'un suivi régulier par les gestionnaires.

3.2.2 L'implication des chefs de service dans l'organisation du temps de travail

Plus encore que la mise en œuvre de la réduction du temps de travail, la directive européenne 93/104/CE qui limite le temps de travail hebdomadaire des personnels médicaux à 48 heurs en y incluant le temps de garde requiert une implication importante des chefs de service dans l'organisation du temps médical.

Il convient, en effet, de concilier plusieurs impératifs, dans le respect du dispositif réglementaire :

- assurer la permanence des soins,
- limiter le recours au temps additionnel qui se révèle inflationniste pour les budgets hospitaliers,
- prendre en compte les perspectives d'évolution de la démographie médicale en développant, le cas échéant, la complémentarité interne ou externe.

Il appartient, dans ces conditions, aux praticiens chefs de service, de mettre en œuvre une organisation du temps de travail qui intègre ces contraintes. Pour le réaliser, la mise en place de tableaux de bord sociaux est également incontournable.

3.2.3 Un dispositif stratégique pour la direction des ressources humaines

La direction des ressources humaines doit disposer de tableaux de bord sociaux synthétiques en provenance des interlocuteurs précédents mais également d'indicateurs spécifiques qui détermineront les orientations de sa politique sociale.

Les indicateurs retenus doivent être synthétiques, pertinents et permettre la mise en œuvre d'actions préventives ou correctives. Il ne s'agit pas de créer un outil régulier de suivi des accidents de trajet. En effet, leur impact sur la gestion quotidienne des ressources humaines est négligeable et qu'il n'y a pas au niveau de l'établissement d'actions spécifiques à engager.

A l'opposé, l'absentéisme pour maladie ordinaire reste élevé et est susceptible de provoquer des dysfonctionnements importants dans la prise en charge des patients. De plus, l'établissement peut engager des actions qui influent sur le niveau d'absentéisme. L'amélioration des conditions de travail, de nouvelles répartitions du temps de travail, des campagnes de vaccination peuvent faire reculer l'absentéisme.

3.2.4 Des indicateurs synthétiques pour la direction générale

La direction générale d'un établissement de santé doit être destinataire de données sociales synthétiques à une périodicité à définir selon les problématiques de l'établissement.

Concernant l'absentéisme, il est possible de lui transmettre les données concernant le secteur d'activité ou la catégorie professionnelle les plus touchées par le phénomène.

Concernant les mouvements de personnel, il peut être destinataire du solde des mouvements et du métier dont la situation est la plus critique.

Les indicateurs transmis à la direction générale devront être définis après expérimentation du dispositif au niveau de la direction des ressources humaines et pourront faire l'objet d'un baromètre social dont la périodicité pourra être mensuelle ou trimestrielle.

3.3 Proposition de tableaux de bord sociaux pour la direction des ressources humaines

L'identification des besoins spécifiques des acteurs de la direction des ressources humaines a permis d'axer la réflexion relative à l'élaboration des tableaux de bord sociaux au sein de la direction des ressources humaines sur les thèmes suivants :

- le suivi des effectifs,
- le suivi de la masse salariale,
- l'absentéisme,
- le turn-over,
- les risques professionnels,
- la formation continue.

Les tableaux de bord sociaux proposés se limitent aux effectifs du budget général. Par la suite, il sera nécessaire d'étendre la démarche au budget annexe relatif à l'E.H.P.A.D. afin de prendre en compte la problématique liée notamment aux difficultés de recrutement dans les disciplines gériatriques.

3.3.1 Les indicateurs de suivi des effectifs

La direction des ressources humaines s'est déjà investi dans la mise à disposition d'outils spécifiques de suivi des effectifs de l'établissement.
En collaboration avec l'encadrement de proximité, le tableau des emplois a été établi pour 2004 par les services de la gestion des ressources humaines. Il recense l'effectif cible qui eut être financé par le budget de l'établissement. Un tableau récapitulatif est réalisé selon les quatre grandes catégories professionnelles suivantes :

- personnel soignant et éducatif,
- personnel médico-technique,
- personnel technique et ouvrier,
- personnel administratif.

Le tableau des emplois propose naturellement un découpage plus fin qui permet dans chaque catégorie professionnelle d'identifier les différents corps qui sont représentés dans l'établissement ainsi que les effectifs budgétés correspondants.

Les tableaux suivants recensent la typologie des effectifs de l'établissement :

- typologie des effectifs 2004 pour le personnel soignant et éducatif :

Personnel soignant et éducatif	***Effectif cible 2004***
Directeur des soins	-
Cadre de santé	-
Infirmier	-
Puéricultrice	-
Infirmier de bloc opératoire	-
Infirmier anesthésiste	-
Sage femme et cadre	-
Aide-soignant	-
Agent des services hospitaliers	-
Psychologue	-
Orthophoniste	-
Masseur kinésithérapeute	-
Cadre socio-éducatif	-
Assistant socio-éducatif	-
Diététicien	-
Educateur jeunes enfant	-
Ergothérapeute	-
Psychomotricien	-

- typologie des affectifs 2004 pour le personnel médico-technique :

Personnel médico-technique	***Effectif cible 2004***
Cadre technicien de laboratoire	-
Technicien de laboratoire	-
Cadre manipulateur d'électroradiologie médicale	-
Manipulateur d'électroradiologie médicale	-
Pharmacien	-
Cadre préparateur en pharmacie	-
Préparateur en pharmacie	-
Aide de laboratoire	-
Aide de pharmacie	-
Aide d'électroradiologie	-
Radiophysicien	-

- typologie des effectifs 2004 pour le personnel technique et ouvrier :

Personnel technique et ouvrier	*Effectif cible 2004*
Maître ouvrier	-
Ouvrier professionnel	-
Agent technique d'entretien	-
Agent d'entretien	-
Agent chef	-
Technicien supérieur hospitalier	-
Chef de garage	-
Conducteur ambulancier	-
Contremaître	-
Dessinateur	-
Ingénieur hospitalier	-
Informaticien	-

- typologie des effectifs 2004 pour le personnel administratif :

Personnel administratif	*Effectif cible 2004*
Personnel de direction	-
Directeur IFSI	-
Attaché d'administration hospitalière	-
Autre cadre administratif	-
Cadre démarche qualité	-
Adjoint administratif	-
Adjoint des cadres hospitaliers	-
Secrétaire médicale	-
Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale	-
Agent administratif	-
Aumônier	-
Chef de standard	-
Standardiste	-

La répartition de ce tableau des emplois est réalisée par unité fonctionnelle. Pour des raisons de facilité d'exploitation, les unités fonctionnelles sont regroupées par direction fonctionnelle ou secteur d'activité ; on en dénombre 31 qui se répartissent comme suit :

- direction générale,
- direction des ressources humaines,
- direction financière,

- direction de la logistique et des achats,
- direction de la gestion des risques,
- direction du plan et des travaux,
- gestion de la clientèle,
- direction des systèmes d'information et de l'informatique,
- département d'information médicale,
- direction des soins,
- secteur cardiologie-pneumologie,
- secteur bloc opératoire,
- secteur obstétrique,
- secteur chirurgie 1, spécialités, pédiatrie
- secteur médecine,
- secteur psychiatrie,
- secteur consultations,
- secteur chirurgie 2,
- secteur urgences, réanimation, SAMU, SMUR,
- secteur personnes âgées,
- secteur personnel de nuit,
- secteur de rééducation fonctionnelle,
- secteur UCSA,
- secteur IFSI,
- secteur foyers,
- secteur imagerie médicale,
- secteur laboratoires,
- secteur pharmacie,
- secteur divers,
- congés divers et promotion professionnelle.

Par la suite, chaque secteur d'activité ou direction fonctionnelle sera considéré comme une entité. Il semble pertinent en l'état actuel de la réflexion que le niveau le plus fin de production des tableaux de bord soit l'entité. Il n'est pas concevable de s'engager dans la production de tableaux de bord par unité fonctionnelle qui nécessiterait une masse importante de traitements pour un intérêt très marginal de l'information complémentaire.
Néanmoins, l'établissement est actuellement en phase de finalisation de son projet d'établissement et notamment de détermination de ce que seront ses futurs pôles d'activité. Si la mise en œuvre du projet d'établissement prend cette forme, il sera souhaitable de réaliser les tableaux de bord en fonction des pôles déterminés.

Pour les tableaux de bord qui regroupent de l'information au niveau de l'établissement, il est nécessaire de réaliser un tableau par catégorie de personnel et d'en faire une synthèse.

Pour les tableaux de bord par secteur, seuls les corps qui y sont représentés apparaissent dans les tableaux.

Pour assurer un suivi pertinent de l'évolution des effectifs, il est souhaitable de pouvoir comparer mensuellement l'effectif rémunéré avec l'effectif cible de l'établissement. Une indication supplémentaire consiste à effectuer une décomposition de l'effectif rémunéré selon le statut des agents tel qu'il est défini dans le tableau ci-après :

Tableau de bord n°1 - Suivi des effectifs par catégorie professionnelle – Mois X

Personnel soignant et éducatif	Effectif cible (E.T.P.)	Effectif rémunéré (E.T.P.)		
		Titulaires, stagiaires	Contractuels permanents	Mensualités de remplacement
Cadre de santé				
Infirmier				
…				
TOTAL				

Afin de disposer d'une base de discussion opposable, il est pertinent d'élaborer des tableaux comparables pour chaque entité recensée. Dans le tableau figurera l'ensemble des corps de l'entité quelque soit la catégorie professionnelle.
Vous trouverez en **annexe 1** un exemple de tableau de bord de suivi des effectifs pour une catégorie professionnelle donnée de l'établissement.

Tableau de bord n°2 - Suivi des effectifs – Secteur psychiatrie – Mois X

Secteur psychiatrie	Effectif cible (E.T.P.)	Effectif rémunéré (E.T.P.)		
		Titulaires, stagiaires	Contractuels permanents	Mensualités de remplacement
Cadre de santé				
Infirmier				
…				
TOTAL				

Pour constituer ces tableaux, une extraction du logiciel de paie est nécessaire : l'ensemble des corps y est distingué et les différents statuts sont traités séparément.

3.3.2 Les indicateurs de suivi de la masse salariale

La raréfaction des ressources financières des établissements de santé et la recherche permanente de source d'économies imposent un suivi régulier des principaux postes budgétaires. Les dépenses de personnel qui représentent plus des deux tiers du budget de fonctionnement d'une structure hospitalière en font partie. C'est pourquoi il importe de disposer d'indicateurs pertinents de suivi de la masse salariale.

Le suivi de la masse salariale s'effectuera globalement pour l'ensemble de l'établissement. En effet, un suivi par entité selon le découpage en 31 entités n'est pas souhaitable en première intention. D'une part, il existe une corrélation forte et évidente entre la variation des effectifs et celle de la masse salariale dont l'évolution s'inscrit majoritairement dans le cadre statutaire. D'autre part, le système d'information « ressources humaines » de l'établissement ne permet pas l'affectation d'un agent sur plusieurs unités fonctionnelles dans le cas où ce dernier partage son temps de travail entre plusieurs secteurs d'activité de l'établissement.
Il n'est donc pas souhaitable de s'engager dans la réalisation de tableaux de bord denses et qui n'apportent pas d'informations complémentaires.

Pour le suivi de la masse salariale, il est possible de disposer mensuellement du tableau suivant en y faisant figurer les effectifs correspondants :

Tableau de bord n°3 – Suivi de la masse salariale – Mois X

Personnel soignant et éducatif	ETP cible	ETP titulaires & stagiaires	Rémunération titulaires & stagiaires	ETP contractuels permanents	Rémunération contractuels permanents	ETP contractuels de remplacement	Rémunération contractuels de remplacement
Infirmier							
Aide-soignant							
…							
TOTAL							

Cette information donne une image mensuelle des dépenses de personnel ; il importe également de suivre son évolution sur l'ensemble de l'exercice budgétaire par l'intermédiaire du tableau de bord suivant :

Tableau de bord n°4 – Suivi de l'évolution de la masse salariale

Personnel soignant et éducatif	ETP cible	ETP rémunéré	Rémunération correspondante	Cumul rémunération
Infirmier				
Aide-soignant				
…				

3.3.3 Les indicateurs de l'absentéisme

Comme dans la majorité des établissements de santé, le suivi de l'absentéisme est une préoccupation majeure car il est une source importante de désorganisation des services. Il convient de faire une distinction entre absentéisme prévisible et imprévisible en mettant l'accent sur le suivi des absences compressibles. En effet, les absences pour maladie ordinaire représentent près des deux tiers des absences pour motif médical[21]. Plusieurs approches complémentaires sont souhaitables dans les indicateurs à mettre en œuvre.

- un suivi global de l'absentéisme au niveau de l'établissement

Ce tableau de bord permet de suivre, selon le découpage par corps adopté dans le suivi des effectifs, l'absentéisme de l'établissement pris dans sa globalité. L'absentéisme appréhendé ici n'est pas différencié selon le motif. Ce tableau contient les informations suivantes :

Tableau de bord n°5 – Suivi global de l'absentéisme – Mois N

Personnel soignant et éducatif	Effectif physique rémunéré	Nombre d'agents absents	Nombre de jours d'absence	Taux d'absentéisme
Infirmier				
Aide-soignant				
….				
TOTAL				

[21] Donnée issue du bilan social 2002 du CHV

Une extraction à partir de l'infocentre permet d'obtenir ces informations par agent ; il suffit ensuite d'effectuer un regroupement par corps. La principale difficulté liée au système d'information réside dans l'extraction du nombre de jours d'absence pour un mois donné. En effet, toutes les absences ayant débuté le mois souhaité seront extraites mais la comptabilisation du nombre de jours d'absence s'effectue au-delà de la fin du mois concerné ; en conséquence, un programme informatique spécifique sera nécessaire pour traiter ces données.

Ce tableau présente l'intérêt de calculer le taux d'absentéisme global par corps en rapportant l'effectif des agents absents à l'effectif global du corps.

Vous trouverez une illustration de ce tableau de bord en **annexe 2**.

- un suivi global de l'absentéisme par entité

Le suivi de l'absentéisme peut ensuite être décliné selon les 31 entités d'analyse définies dans l'établissement. L'absentéisme étant identifié comme un bon indicateur de climat social ; cette approche permet de détecter, le cas échéant, les entités « génératrices » d'absentéisme.

Tableau de bord n°6 - Suivi de l'absentéisme global par entité

Secteur psychiatrie	Effectif physique rémunéré	Nombre d'agents absents	Nombre de jours d'absence	Taux d'absentéisme entité	Taux d'absentéisme établissement
Infirmier					
Aide-soignant					
TOTAL					

Ce tableau permet de comparer le taux d'absentéisme de l'entité à celui de l'établissement de façon globale mais aussi par corps.

Comme pour le tableau précédent, la principale difficulté, compte tenu du système d'information de l'établissement réside dans le décompte des jours d'absence pour les arrêts qui se prolongent au-delà du mois considéré. De même, les arrêts ayant débuté dans la période précédente devront être pris en compte pour la partie concernant le mois étudié. Cet aspect implique la mise en œuvre d'un traitement informatique spécifique.

Un exemple vous est proposé en **annexe 3**.

- un suivi par type d'absentéisme au niveau de l'établissement

Le tableau suivant permet de connaître par corps et pour l'ensemble de l'établissement le nombre de journées d'absence par type pour les principales causes d'absentéisme recensées dans l'établissement.

Tableau de bord n°7 – Nombre de journées d'absence par motif – Mois N

Etablissement	Abs. pour maladie ordinaire	Abs. pour longue maladie, maladie de longue durée	Abs. pour maternité	Abs. pour accident du travail	Abs. pour autres motifs	Total
Personnel soignant et éducatif						
Personnel médico-technique						
Personnel technique et ouvrier						
Personnel administratif						
TOTAL						

Ce tableau permet d'obtenir mensuellement le nombre total de jours d'absence selon le motif. Il importe de distinguer :

- l'absence pour maladie ordinaire,
- l'absence pour longue maladie et maladie de longue durée,
- l'absence pour maternité,
- l'absence pour accident du travail,
- l'absence pour autres motifs médicaux.

- un suivi par type d'absentéisme au niveau de l'entité

Le même tableau que précédemment est décliné par entité. Ce nouveau type de tableau permet de connaître le nombre total de journées d'absence par type par entité et de le comparer à la valeur de l'établissement.

Tableau de bord n°8 – Nombre de journées d'absence par motif et par entité

Secteur psychiatrie	Abs. Pour maladie ordinaire	Abs. Pour longue maladie, maladie de longue durée	Abs. Pour maternité	Abs. Pour accident du travail	Abs. Pour autres motifs	Total
…						
Total entité						
Total établissement						
Rapport entité/établissement						

- un suivi spécifique de l'absentéisme pour maladie ordinaire au niveau de l'établissement

Comme nous l'avons vu précédemment, l'absentéisme pour maladie ordinaire est imprévisible et pèse lourdement sur l'organisation des services. Près de 40% des journées d'absence en 2002 au CHV relèvent de la maladie ordinaire et ce type d'absentéisme représente près des deux tiers des arrêts de travail.

Tableau de bord n°9 – Suivi global de l'absentéisme pour maladie ordinaire – Mois N

Personnel soignant et éducatif	Effectif rémunéré	Nombre d'agents absents	Nombre d'agents absents pour maladie ordinaire	Nombre de jours d'absence pour maladie ordinaire	Taux d'absentéisme pour maladie ordinaire
Infirmier					
Aide-soignant					
…					
Total					

Le taux d'absentéisme pour maladie ordinaire est calculé en effectuant le rapport entre le nombre d'agents absents pour maladie ordinaire et le nombre d'agents absents pour le corps considéré.

Un exemple vous est proposé en **annexe 4**.

▪ un suivi spécifique de l'absentéisme pour maladie ordinaire au niveau de l'entité

Pour obtenir un suivi plus ciblé de l'absentéisme pour maladie ordinaire, il paraît indispensable d'effectuer un recensement de ces données par entité et de les comparer aux données de l'établissement. Ainsi, le tableau suivant peut être élaboré :

Tableau de bord n°10 - Suivi de l'absentéisme pour maladie ordinaire par entité – Mois N

Secteur psychiatrie	Effectif rémunéré	Nombre d'agents absents	Nombre d'agents absents pour maladie ordinaire	Taux absentéisme pour maladie ordinaire de l'entité	Taux absentéisme pour maladie ordinaire de l'établissement
Infirmier					
…					
Total					

Ce tableau présente l'avantage de pouvoir comparer le taux d'absentéisme pour maladie ordinaire de l'entité, globalement et par corps, à celui de l'établissement.
Un exemple vous est proposé en **annexe 5**.

3.3.4 Les indicateurs de mouvements

Les mouvements enregistrés par le personnel demeurent également une des préoccupations de la direction des ressources humaines du CHV même si le solde tend actuellement à s'inverser favorablement. Il convient de mettre en place quelques indicateurs de suivi de mouvements.

▪ un suivi global des entrées/sorties au niveau de l'établissement

Ce tableau permet d'effectuer un suivi pour chaque corps du nombre de départs et d'arrivées de personnel dans l'établissement au regard de l'effectif cible et de l'effectif effectivement rémunéré. Les indicateurs retenus vont permettre de mettre en exergue les catégories professionnelles les plus touchées. Ce tableau est déjà partiellement réalisé, il suffit d'y ajouter les données relatives à aux effectifs cibles et rémunérés de l'établissement afin d'avoir une vision globale de la situation.

Tableau de bord n°11- Suivi global des mouvements – Mois N

Personnel soignant et éducatif	Effectif cible (ETP)	Effectif rémunéré (ETP)	Entrées (ETP)	Sorties (ETP)	Solde
Infirmier					
…					
Total					

Ce suivi identifie par corps :

- l'effectif cible défini dans le tableau des emplois,
- l'effectif mensuellement rémunéré,
- le nombre de départs,
- le nombre de recrutements.

▪ un suivi global des entrées/sorties par entité

Les rubriques du tableau précédent peuvent être déclinées par entité afin d'identifier les secteurs d'activité de l'établissement les plus particulièrement touchés. Les entités sont définies dans le tableau des emplois de l'établissement.

Tableau de bord n°12 – Suivi global des entrées/sorties par entité – Mois N

Entité	Effectif cible (ETP)	Effectif rémunéré (ETP)	Entrées (ETP)	Sorties (ETP)	Solde	Cumul mensuel
Secteur obstétrique						
Secteur chirurgie 2						
…						

▪ un suivi spécifique des mouvements des secteurs sensibles

Il est souhaitable d'effectuer un suivi plus précis par corps pour les entités les plus sensibles de l'établissement à savoir celles relevant directement des services cliniques ou médico-techniques. Elles sont au nombre de 15 :

- secteur cardiologie-pneumologie,
- secteur bloc opératoire,
- secteur obstétrique,
- secteur chirurgie 1, spécialités, pédiatrie
- secteur médecine,

- secteur psychiatrie,
- secteur consultations,
- secteur chirurgie 2,
- secteur urgences, réanimation, SAMU, SMUR,
- secteur personnes âgées,
- secteur personnel de nuit,
- secteur de rééducation fonctionnelle,
- secteur UCSA,
- secteur imagerie médicale,
- secteur laboratoires.

Pour ces entités, le tableau suivant peut être proposé :

Tableau de bord n°13 – Suivi des mouvements par entité – Mois N

Secteur psychiatrie	Effectif cible (ETP)	Effectif rémunéré (ETP)	Entrées entité (ETP)	Entrées établissement (ETP)	Sorties entité (ETP)	Sorties établissement (ETP)	Solde entité (ETP)	Solde établissement (ETP)
Infirmier								
Aide-soignant								
TOTAL								

Pour ces mêmes entités, il est souhaitable d'effectuer un suivi des sorties par mutation et démission qui sont les deux types de départs les plus courants par l'intermédiaire du tableau suivant :

Tableau de bord n°14 – Suivi des départs définitifs volontaires par entité – Mois N

Secteur Psychiatrie	Effectif cible (ETP)	Effectif rémunéré (ETP)	Sorties entité	Sorties par mutation	Dont sorties par mutation intra-régionale	Sorties par démission
Infirmier						
Aide-soignant						
…						
TOTAL						

Ce tableau permet d'identifier plus précisément les motifs de départs des agents du CHV dans les secteurs à recrutement difficile et notamment les mutations intra-régionales qui sont considérées comme des départs évitables. Il faudra veiller dans le logiciel des ressources humaines à renseigner correctement cette rubrique par le biais notamment du numéro du département. En effet, l'interrogation de la base de données donne parfois des résultats très précis sur les établissements où ont lieu les mutations mais une trop grande précision sur le nom de l'établissement ne permet pas toujours d'identifier la zone géographique concernée.

Il peut également être intéressant d'avoir des informations plus précises sur le comportement d'intégration des agents en repérant après combien de temps de collaboration, ils tendent à quitter l'établissement. Il est possible de distinguer trois périodes[22] :

- celle d'essai ou de mise en stage,
- celle d'installation,
- celle de stabilisation.

La survenance de départs définitifs volontaires d'agents durant la première période peut être due à des procédures d'accueil inadaptées, des premiers contacts peu encourageants avec la hiérarchie ou les collègues de travail, la pénibilité des conditions de travail.

Des départs qui surviennent durant la phase dite d'installation à savoir durant les premières années peuvent signifier des difficultés à accepter la situation globale de travail proposée.

Des départs en phase de stabilisation sont plus rares et relèvent de en général de modifications dans la vie personnelle de l'agent.

Pour avoir des informations sur ce critère, il est souhaitable de recenser l'ancienneté des agents qui quittent l'établissement et d'identifier la phase dans laquelle se situe le mouvement.

3.3.5 Les indicateurs de suivi des accidents du travail

Il importe d'effectuer un suivi de l'évolution des accidents du travail par corps, par entité et par tranche d'âge et d'en assurer le suivi du cumul sur l'année. La régularité de production de ces données vient enrichir les aspects qualitatifs déjà identifiés par les services de la médecine du travail. Un tableau est proposé pour chacune des rubriques :

[22] D. PICARD

Tableau de bord n°15 - Suivi des accidents du travail par catégorie professionnelle – Mois N

Personnel soignant et éducatif	Effectif rémunéré (ETP)	Nombre d'AT	Cumul nombre d'AT	Nombre d'AT avec arrêt	Cumul nombre d'AT avec arrêt	Nombre de jours d'absence	Durée moyenne d'absence par AT avec arrêt
Infirmier							
Aide-soignant							
…							
TOTAL							

Il s'agit d'un suivi mensuel qui identifie par catégorie professionnelle :

- le nombre d'accidents du travail,
- le cumul sur l'année considérée,
- le nombre d'accidents du travail qui donne lieu à arrêt de travail,
- le cumul du nombre d'accidents du travail avec arrêt,
- le nombre de jours d'absence correspondant,
- la durée moyenne d'absence par accident du travail avec arrêt.

Tableau de bord n°16 – Suivi des accidents du travail par entité – Mois N

Un tableau semblable au précédent est proposé où le suivi par entité se substitue à celui par corps :

Entité	Effectif rémunéré (ETP)	Nombre d'AT	Cumul nombre d'AT	Nombre d'AT avec arrêt	Cumul nombre d'AT avec arrêt	Nombre de jours d'absence	Durée moyenne d'absence par AT avec arrêt
Secteur obstétrique							
Secteur médecine							
…							
TOTAL							

Dans le tableau ci-dessous, il est proposé d'effectuer un suivi des mêmes indicateurs par tranche d'âge.

Tableau de bord n°17 – Suivi des accidents du travail par tranche d'âge – Mois N

Tranche d'âge	Effectif rémunéré (ETP)	Nombre d'AT	Cumul nombre d'AT	Nombre d'AT avec arrêt	Cumul nombre d'AT avec arrêt	Nombre de jours d'absence	Durée moyenne d'absence par AT avec arrêt
< 25 ans							
25-35 ans							
35-45 ans							
45-55 ans							
> 55 ans							
Total							

Il importe de mettre en relation les tableaux précédents avec un suivi plus qualitatif des accidents du travail –causes, pathologies…- en lien avec les services de la médecine du travail et la cellule de gestion des risques chargée du recensement des risques professionnels.

3.3.6 Les indicateurs de la formation continue

Le CHV mène une politique de formation continue particulièrement active ; il importe d'en assurer un suivi quantitatif et qualitatif en complément de la synthèse annuelle réalisée par les services de la formation continue. Un suivi mensuel par corps et par secteur permet de mieux appréhender la dynamique de la politique de formation.

- un suivi de la formation par corps

Tableau de bord n°18 – Suivi de la formation continue par corps – Mois N

Personnel soignant et éducatif	Effectif rémunéré	Nombre d'agents formés	Cumul nombre d'agents formés	Nombre de jours de formation	Cumul nombre de jours de formation	Taux d'agents formés
Infirmier						
Aide-soignant						
….						
Total						

Le taux d'agents formés est constitué par le rapport entre le cumul relatif au nombre d'agents formés et l'effectif rémunéré du corps.

- un suivi de la formation par entité

Afin de détecter d'éventuels écarts entre les unités de l'établissement quant au taux de formation de ces agents et quant aux catégories formés, il est souhaitable d'effectuer un suivi par entité tel que définie précédemment.

Tableau de bord n°19 – Suivi de la formation continue par entité – Mois N

Secteur psychiatrie	Effectif rémunéré	Nombre d'agents formés	Cumul nombre d'agents formés	Nombre de jours de formation	Cumul nombre de jours de formation	Taux d'agents formés dans l'entité	Taux d'agents formés dans l'établissement
Infirmier							
Aide-soignant							
…							
Total							

Le tableau n°19 est identique au précédent mais il donne une image mensuelle par entité et il permet de comparer par corps le taux d'agents formés dans l'entité et dans l'établissement.
Le taux d'agents formés dans l'établissement est le rapport le nombre d'agents formés par corps et l'effectif global de ce corps.

Ce suivi peut être envisagé selon une fréquence moins importante qui peut être trimestrielle ; il importe toutefois d'effectuer un suivi infra annuel afin de procéder à des ajustements, la cas échéant.

Afin de compléter cette approche quantitative, il est souhaitable de faire une synthèse des thèmes abordés et d'analyser les effectifs par catégorie professionnelle formée et par entité de l'établissement. Ce récapitulatif peut faire l'objet d'une publication annuelle. Cette approche plus qualitative sera complétée et individualisée par la mise en place du passeport individuel de formation.

3.3.7 L'émergence d'indicateurs pour le suivi du personnel médical

L'établissement est en cours de consultation pour la mise en place d'un système informatisé de gestion du personnel médical. Actuellement, les données individuelles sont renseignées dans EVOLUANCE RH et le logiciel PH7 CUBE assure le traitement de la paie. Les données relatives à l'organisation du travail, l'absentéisme et la formation continue sont suivies par service et par praticien dans le logiciel Excel. Le découpage par entité très utilisé dans l'établissement concerne le personnel non médical ; une approche par service reste de mise pour le personnel médical.

A) Les indicateurs du temps additionnel

La mise en œuvre simultanée de la directive européenne relative à l'intégration du temps de garde dans le temps de travail et du dispositif d'aménagement et de réduction du temps de travail a entraîné un impact financier notable sur les établissements de santé. En effet, la limitation du temps de travail hebdomadaire des praticiens hospitaliers à 48 heures a généré des plages additionnelles notamment dans les services en temps continu. Il importe pour tout directeur des ressources humaines d'effectuer un suivi précis de ce temps additionnel par service afin d'anticiper et d'en prévoir le. Un suivi précis de ces informations permettra le cas échéant d'adopter des mesures préventives par le biais notamment de la réorganisation des tableaux de services médicaux. Le CHV dispose actuellement pour chaque service du temps additionnel de chaque praticien, il convient de synthétiser ces informations par service dans un tableau de bord suivi régulièrement :

Tableau de bord n°20 – Suivi du temps additionnel

Service	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
Pédiatrie Cardiologie …..													
TOTAL													

B) Les indicateurs d'absentéisme

Il est également indispensable de proposer un suivi de l'absentéisme pour le personnel médical. Le tableau ci-dessous recense par service le nombre de praticiens absents et le nombre de journées d'absence pour motif médical. Un suivi plus précis pourra, le cas échéant être mis en place. Comme pour le personnel non médical, le taux d'absentéisme peut être calculé par service et comparé à celui de l'établissement.

Tableau de bord n°21 - Suivi de l'absentéisme du personnel médical – Mois N

Service	ETP rémunéré	Nombre de praticiens absents	Nombre de journées d'absence	Abs. Pour accident du travail	Taux d'absentéisme
Pédiatrie					
…..					
Total entité					
Total établissement					

C) Les indicateurs de formation continue

La formation médicale continue est un critère de qualité de la prise en charge des patients. Il importe pour un établissement de santé de disposer d'une vision précise du niveau de formation continue de ces praticiens.

Tableau de bord n°22- Suivi de la formation médicale continue – Mois N

Service	ETP rémunéré	Nombre de praticiens formés	Nombre de journées de formation	Durée moyenne de formation par praticien
Cardiologie				
…				
TOTAL				

Comme pour le personnel non médical, ce tableau peut faire l'objet d'un suivi trimestriel. Ces indicateurs pourront être complétés par une approche plus qualitative que la commission qualité médicale et formation peut être en mesure de fournir annuellement.

3.4 La montée en charge de la tarification à l'activité impose d'autres indicateurs de la gestion sociale

La mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité crée de profonds changements dans nos établissements. Au-delà de la recherche d'une plus grande adéquation entre dépenses et recettes, elle nous contraint à établir de façon précise nos recettes et donc à rationaliser nos ressources.

3.4.1 Vers une harmonisation du système d'information hospitalier de gestion

Dans tout établissement de santé, il est primordial de disposer d'un fichier commun de structure qui soit une vision partagée et évolutive de la situation de l'établissement. Il est d'autant plus important aujourd'hui avec la réforme du financement des établissements de santé que le découpage de l'établissement en unités fonctionnelles soit cohérent et partagé. L'allocation des ressources doit être en adéquation avec l'activité réelle de l'unité.

Dans quelques établissements, des cellules pluridisciplinaires se sont constituées sous différentes formes :

- bien souvent, médico-économiques pour permettre une mise en adéquation de l'activité médicale et des ressources financières,
- parfois médico-administratives pour étendre encore la pertinence et la nécessité de disposer d'une information partagée et d'ajuster les ressources correspondantes.

3.4.2 Mieux identifier les dépenses de personnel

Le CHV s'est engagé dans un processus d'identification plus fine de l'affectation de ses ressources humaines. Il sera possible, dans quelques mois, d'avoir un suivi plus précis des effectifs par une affectation des dépenses au regard de l'activité effectivement réalisée.

Mais cette approche quantitative, aussi précise soit elle, doit être complétée d'une approche plus qualitative.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière au CHV, il sera possible d'identifier les coûts complets par séjour pour les secteurs M.C.O. et S.S.R.

Il sera pertinent dans ce cadre d'isoler les dépenses de personnel tant médicales que non médicales pour l'ensemble des services cliniques et médico-techniques de l'établissement et de les comparer aux dépenses de personnel d'un hôpital fictif ayant le même éventail d'activités que le CHV.

Les dépenses de l'hôpital fictif seront évaluées en valorisant le case-mix de l'établissement par les coûts de référence des groupes homogènes de séjours dont l'actualisation est annuelle.

Cette comparaison, à défaut de constituer la référence absolue, permettra à l'établissement d'engager des réflexions relatives à l'organisation des prises en charge de ses patients.

3.4.3 Une meilleure adéquation des ressources à l'activité

Avec une réforme tarifaire médicalisée, il est incontournable que des indicateurs relatifs à l'activité viennent enrichir les tableaux de bord sociaux.

Adopter une approche de l'évolution de ses densités de personnel constitue une indication précise quand il s'agit d'opérer une adéquation la plus équitable qui soit entre activité et ressources. Mais quel indicateur utiliser pour l'étude des densités de personnel ?

Une approche de la densité en personnel par les entrées et les journées fournit des indications évolutives et permet pour certains secteurs de se comparer à d'autres établissements de même catégorie. Cependant, il faut trouver un outil qui soit pertinent pour effectuer l'adéquation permanente entre activité et allocation de ressources.

Il semble aujourd'hui pertinent de disposer d'indicateurs qui répondent à une appréciation plus qualitative. Les indicateurs de la charge en soins infirmiers constituent à cet égard une piste de réflexion intéressante. Certains services du CHV utilisent en routine un indicateur de la charge en soins infirmiers, le P.R.N., pour mieux évaluer leur charge de travail et la prévoir. Cet outil, utilisé dans l'ensemble des services d'un même secteur d'activité, M.C.O. par exemple, pourrait être utilisé pour contribuer à une meilleure allocation des ressources et assurer une prise en charge plus efficiente des patients.

3.5 Un dispositif à pérenniser : intérêt d'une cellule dédiée à la veille sociale au sein de la direction des ressources humaines

Un dispositif de veille sociale, compte tenu de l'importance des ressources humaines dans le secteur hospitalier, s'impose dans la stratégie de gestion des ressources humaines. Il s'agit dans ce cadre de veiller à la pérennité du dispositif. Les enjeux liés à la mise en œuvre de la tarification à l'activité nécessitent que soit mieux anticipée l'affectation de nos ressources.

3.5.1 Garantir la pérennité du dispositif

La mise en place d'un dispositif de veille sociale dans sa dimension quantitative impose un certain nombre de contraintes :

- la production en temps réel des tableaux de bord,
- une certaine appétence informatique en raison de la configuration actuelle du système d'information « ressources humaines » et de son manque de convivialité,
- l'appropriation des tableaux de bord par les utilisateurs,

- une prise en compte en temps réel de toute modification structurelle,
- une capacité d'exploitation rétrospective des données avec, par exemple, la mise en évidence de saisonnalités.

Il est également souhaitable que la production régulière des tableaux de bord sociaux ne soit pas entravée par la gestion quotidienne des ressources humaines. Le risque est de ne pouvoir les réaliser dans des délais convenables et donc d'y renoncer progressivement. Il est par conséquent vivement recommandé qu'un poste soit dédié à cette tâche.

Au-delà du respect des délais de production, l'intérêt d'un poste dédié à la réalisation des tableaux de bord réside dans la vision complémentaire apportée. En effet, il importe que la prospective qui y est attachée ne soit pas remise en cause par les contraintes quotidiennes de gestion tant en termes de moyens humains que financiers.

Enfin, l'ensemble des entités de l'établissement y trouvera un interlocuteur privilégié pour aborder le suivi des indicateurs sociaux mais également pour réfléchir à la multiplicité des actions pouvant être entreprises pour pallier le dysfonctionnement.

3.5.2 Assurer l'adéquation du système d'information « ressources humaines » avec les objectifs de la tarification à l'activité

La montée en charge de la réforme du financement des établissements de santé a profondément accéléré le développement des systèmes d'information hospitaliers.
La première étape a privilégié le recueil d'informations relatives à la prise en charge optimale du patient – définition de circuit d'information, recensement des actes à la source, suivi individualisé des consommables coûteux …- puis la corrélation avec les données financières a rapidement été favorisée.

L'enjeu est aujourd'hui d'intégrer les informations relatives à la gestion des ressources humaines dans cette approche partagée de la gestion d'un établissement de santé. En effet, les ressources humaines, bien que représentant plus des deux tiers des dépenses de fonctionnement d'une structure hospitalière, n'ont été que peu associées à cette réflexion globale.

La poursuite de la mise en œuvre de la tarification à l'activité nécessite une incontournable implication de la direction des ressources humaines dans la définition de

la stratégie de l'établissement et notamment dans la recherche d'une meilleure adéquation entre l'activité et l'allocation des ressources.

Cette vision nécessite un système d'information partagé ; jusqu'à présent, les impératifs de gestion quotidienne des directions des ressources humaines et des affaires financières ont inéluctablement généré des approches différentes. Par exemple, au centre hospitalier de Versailles, la gestion des personnels de jour et de nuit est différenciée. En termes de gestion des ressources humaines, cette approche présente des avantages et des inconvénients qui ne sont pas l'objet de la présente réflexion.

Par contre, si le raisonnement s'effectue en termes d'activité, la production hospitalière d'un service intègre l'ensemble des coûts de production sans distinction entre les ressources affectées le jour et la nuit. L'affectation du personnel de nuit devra être clairement identifiée entre les unités fonctionnelles de l'établissement afin de pouvoir différencier les services et les séjours en fonction de leurs consommations effectives. Il est, dans ce cadre, incontournable d'avoir une vision commune et partagée entre l'ensemble des gestionnaires de l'établissement.

3.6 Une approche qualitative complémentaire demeure pertinente

L'élaboration de tableaux de bord sociaux va enrichir le dispositif émergent de veille sociale du centre hospitalier de Versailles d'une approche quantitative nécessaire à la synthèse de l'existant et préalable à la réalisation de prévisions. Cette dernière approche doit nécessairement être enrichie d'informations qualitatives qui contribueront à l'efficacité globale du dispositif.

3.6.1 Intérêt du questionnaire de satisfaction du personnel à son départ

Comme il a été abordé précédemment, le phénomène important de départs définitifs volontaires du personnel est une problématique essentielle de l'établissement ; actuellement, le centre hospitalier de Versailles enregistre plus de départs volontaires que de recrutements ce qui a pour conséquence qu'un certain nombre de postes vacants ne sont pas pourvus.

Une étude approfondie des raisons de certains départs volontaires serait, toutefois, riche d'informations sur le climat social et viendrait éclairer les décideurs sur les actions à entreprendre pour les prévenir. Il est évident que toutes les mutations externes et les démissions n'ont pas toutes forcément une origine conflictuelle. En effet, les départs peuvent être liés à des changements dans la vie personnelle de l'agent -nouvelle

affectation du conjoint, souhait d'une qualité de vie meilleure…- ou à des situations de travail mieux adaptées à ses besoins et proposées par d'autres employeurs.

Rien n'oblige un agent à motiver sa décision de quitter l'établissement bien qu'il en donne généralement quelques raisons dans sa lettre de départ. Afin de s'assurer de la réalité des motifs invoqués, il est souhaitable de s'impliquer dans une démarche plus active qui prendrait la forme d'entretiens de départs. Une solution plus appropriée pourrait être de proposer à l'agent qui quitte l'hôpital de répondre à un questionnaire de satisfaction du personnel. Par le biais de cette enquête, l'établissement pourra mieux appréhender la qualité des relations passées avec les agents en partance.

Pour que cette appréciation de départ soit exploitée avantageusement, il est indispensable que les résultats soient régulièrement communiqués à l'encadrement de l'établissement.

3.6.2 L'opportunité de la mise en œuvre du passeport individuel de formation

Disposer d'informations quantitatives sur le nombre de séances de formation, le taux de participation des agents de l'établissement, l'implication plus ou moins grande de certains services dans leur participation à l'effort de formation des personnels ne saurait suffire à l'information des managers. En effet, cet aspect doit nécessairement être enrichi d'une vision plus qualitative.
L'effort du centre hospitalier de Versailles est important en matière de formation continue, la diversité des thèmes proposés et la recherche permanente d'adéquation entre les besoins de la structure et les souhaits des agents suffisent à nous en convaincre. Cependant, cette approche reste globale.

La mise en œuvre prochaine du passeport individuel de formation va permettre d'avoir une approche personnalisée qui en assurant une traçabilité des formations réalisées contribuera à la valorisation du parcours individuel de l'agent.

CONCLUSION

La politique sociale très active menée par le centre hospitalier de Versailles s'appuie sur une approche partagée par les instances de l'établissement, les organisations syndicales et les agents eux-mêmes qui crée un climat favorable au dialogue social.

La stratégie de l'établissement va gagner en pertinence avec l'élaboration d'un dispositif d'alerte basée sur des tableaux de bord sociaux qui viendra enrichir le dialogue social existant. La culture participative de l'établissement est un facteur fort de succès de cette action. Il faudra toutefois éviter que la mise en œuvre de tableaux de bord soit perçue comme un outil de contrôle à l'heure où la réforme du mode de financement des établissements de santé basée sur la tarification à l'activité se met en œuvre.

Il est fondamental que l'élaboration des tableaux de bord se fasse dans la transparence et que les utilisateurs s'approprient les indicateurs proposés. En effet, la réforme tarifaire basée sur l'activité médicalisée va nécessairement confronter les décideurs hospitaliers à des négociations sociales fortes dans les années à venir en raison du poids des dépenses de personnel. L'existence d'un dispositif de veille sociale partagé dans l'établissement évitera l'apparition de conflits sociaux qui impacteraient sur la qualité de la prise en charge des patients et qui auraient également des conséquences néfastes pour l'image de marque de l'hôpital.

Bibliographie

1. Ouvrages juridiques :

- Statut de la fonction publique hospitalière
- Code de la santé publique

2. Ouvrages :

- BARTHES R., BOUTLY-SALOU M., COUNY S., DONIUS B., LAMY Y., SACCO M.T., sous la coordination de DERENNE O. et LUCAS A. *in Le développement des ressources humaines – Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière – Tome 2,* Editions E.N.S.P.

- DERENNE O., LAMY Y., in *Les 12 points-clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*, Editions E.N.S.P. juillet 1997

- FERNANDEZ A., in *Les nouveaux tableaux de bord des managers*, Editions d'Organisation février 2003

- IGALENS J., LOIGNON C., VIET C., in *Prévenir les conflits et accompagner les changements – L'observation sociale au service des entreprises et des administrations*, Editions Maxima mars1997

- MARTORY B., in *Tableaux de bord sociaux*, Editions Liaisons mars 2004

- PICARD D., in *La veille sociale, prévoir et gérer la conflictualité industrielle*, Editions Vuibert Gestion, 1991

- TAIEB J.P., in *Les tableaux de bord de la gestion sociale*, Editions Dunod 4ème édition avril 2004

3. Rapports :

- Rapport Nicolas-Duret « Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale – 2001

- Rapport Berland – Démographie des professions de santé – novembre 2002

- Rapport du Conseil Economique et Social « Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés » - avril 2004

- Rapport du Conseil Economique et Social « Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social » - juillet 2004

Liste des annexes

Annexes non publiées

- ANNEXE 1 - Tableau de suivi des effectifs
- ANNEXE 2 – Tableau de suivi global de l'absentéisme
- ANNEXE 3 – Tableau de suivi global de l'absentéisme par entité
- ANNEXE 4 – Tableau de suivi global de l'absentéisme pour maladie ordinaire
- ANNEXE 5 – Tableau de suivi global de l'absentéisme pour maladie ordinaire par entité