

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Date du jury : *décembre 2002*

**L'émergence d'un contrôle de gestion
appliqué aux ressources humaines à
l'hôpital Raymond Poincaré de Garches:
la mise en place de tableaux de bord
sociaux par service**

Marie-Anne PONTONNIER

Remerciements

Je tiens à remercier :

- Monsieur **Jean-Pierre RAULT**, Directeur de l'hôpital Raymond Poincaré, en sa qualité de maître de stage pour l'attention qu'il a portée au bon déroulement de mes stages dans son établissement.
- Monsieur **Julien GOTTMANN**, Directeur des Ressources Humaines et des Qualifications à l'hôpital Raymond Poincaré pour ses conseils, sa disponibilité et son aide dans l'élaboration de ce mémoire,
- Monsieur **André LUCAS** en sa qualité d'encadrant mémoire,
- L'ensemble de l'équipe de direction de l'hôpital Raymond Poincaré pour son accueil chaleureux .

Je profite de ce travail, clôturant mes études et marquant mon entrée dans la vie active, pour remercier tout particulièrement mes parents qui m'ont toujours laissé une entière liberté dans mes choix scolaires et professionnels. Merci pour votre soutien.

Sommaire

INTRODUCTION.....	6
I. UN CONTRÔLE DE GESTION INEXISTANT MAIS INÉVITABLE.....	10
A. Un état des lieux préoccupant.....	12
1. L'insuffisance générale du contrôle de gestion en matière de ressources humaines dans les établissements français.....	12
a. Malgré quelques expériences isolées, la mise en place de contrôle de gestion reste limitée dans les hôpitaux.....	12
b. Un phénomène accentué dans la sphère Gestion des Ressources Humaines.....	15
2. Une insuffisance particulièrement marquée à l'hôpital R. Poincaré.....	16
a. L'absence de tout moyen de contrôle.....	16
b. Des outils inadaptés.....	17
c. Une volonté néanmoins affichée.....	18
B. Des besoins pourtant réels.....	20
1. La mise en adéquation des moyens.....	21
a. L'adéquation entre dotations en personnel et activité.....	21
b. L'affectation des emplois RTT.....	22
2. Des outils de suivi.....	23
a. Le suivi de l'absentéisme.....	23
b. Le développement de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.....	24
c. Les indicateurs qualitatifs.....	25
II. LE CONTENU DES TABLEAUX DE BORD SOCIAUX.....	27
A. Le choix des différentes informations.....	29
1. Le champ d'application.....	30
a. les secteurs concernés.....	30
b. le niveau d'analyse.....	31
c. La périodicité.....	32
2. Les indicateurs traditionnelles de l'activité.....	33
a. les lits ouverts.....	33
b. les journées.....	34

3.	Les moyens humains affectés.....	35
a.	Les effectifs humains.....	36
b.	Les aides ponctuelles.....	37
c.	Les absences non planifiées.....	38
4.	Les indicateurs clés.....	39
a.	Les indicateurs d'adéquation effectifs/activité.....	39
b.	Les ratios conjoncturels.....	40
c.	Les ratios qualitatifs.....	40
B.	La recherche d'une approche médicalisée	42
1.	L'utilisation du PMSI en interne.....	43
a.	Présentation du PMSI.....	43
b.	Le choix des données pertinentes pour l'hôpital Raymond Poincaré.....	45
2.	Le développement des S.I.I.P.S.	46
a.	Présentation de la méthode S.I.I.P.S.	46
b.	L'utilisation des S.I.I.P.S.à l'hôpital R. Poincaré	47
 III. D'UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE AU PARTAGE DE		
L'INFORMATION.....		49
A.	La gestion de projet.....	51
1.	La constitution d'un groupe de travail (Annexe 5)	52
a.	Le choix des personnes.....	52
b.	Les missions du groupe de travail.....	55
2.	L'élaboration d'un calendrier.....	56
a.	La volonté d'un calendrier réaliste.....	57
b.	L'intégration du projet pour les prochains budgets de service.....	58
c.	Un Calendrier tributaire des impératifs techniques	58
3.	La validation par les instances.....	60
a.	Validation du projet après avis du groupe de travail.....	60
b.	Présentation du projet aux cadres des services concernés.....	62
B.	Le partage des informations : un pas supplémentaire dans la	
contractualisation.....		64
1.	Ecarter l'approche technicienne.....	65
a.	La réaffirmation du rôle de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications	65
b.	La primauté au pragmatisme	66
c.	L'élaboration d'informations partagées.....	68

2. Un pas supplémentaire dans la contractualisation interne.....	70
a. Les tableaux de bord sociaux, un préalable à un renforcement de la contractualisation interne?	70
b. Quel avenir à l'hôpital Raymond Poincaré?	72
CONCLUSION.....	74
BIBLIOGRAPHIE	76
I. Ouvrages généraux	76
II. Articles	76
LISTE DES ANNEXES.....	78

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

DRH : Direction des Ressources Humaines

DRHQ: Direction des Ressources Humaines et des Qualifications

GRH : Gestion des Ressources Humaines

ISA : Indice Synthétique d'Activité

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RTT : Réduction du Temps de Travail

SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

TBS : Tableaux de Bord Sociaux

Introduction

Entendu comme un « processus par lequel les managers s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficiente et avec efficacité pour la réalisation des objectifs de l'organisation »¹, le contrôle de gestion a émergé à partir des années 60. Les années phares de son développement sont les années 80. Le contrôle de gestion s'est rapidement vu doter d'une triple mission.

Tout d'abord, le contrôle de gestion apparaît comme une aide à la décision. Il doit « inciter chaque responsable à gérer les facteurs clés de succès dans le sens requis par la stratégie, à comparer le déroulement de son action aux objectifs du plan annuel et en déduire la nature des mesures à prendre »². Il existe donc un préalable stratégique au contrôle de gestion. Il convient de tenir compte de la position de la structure dans l'environnement. Les données concernant la gestion stratégique au niveau des hôpitaux ont des sources variables. Ces informations peuvent être externes. On peut à ce titre citer la dimension stratégique impulsée par les Agences Régionales d'Hospitalisation. Il existe également une gestion stratégique interne. On peut penser aux exigences contenues dans le projet d'établissement. Identifier la stratégie permet d'identifier les besoins permettant à l'établissement de se situer dans l'environnement.

Outre la mission d'aide à la décision pour mettre les moyens au service des objectifs stratégiques, le contrôle de gestion apparaît comme une aide à l'efficacité. En effet, la recherche de mise en adéquation des moyens et des objectifs a une orientation opérationnelle. Il s'agit de trouver la meilleure répartition des moyens pour répondre aux objectifs fixés.

Enfin le contrôle de gestion est une aide à la régularité. Il permet un suivi de l'écart entre ce qui est réalisé par rapport aux objectifs définis. Ainsi la mesure des écarts permet de réagir en cas d'éloignement du but atteindre. Il

¹ R.N. ANTHONY, 1965

² H. BOUQUIN, 1986

doit favoriser une certaine réactivité. En cela, le contrôle de gestion permet de « comparer le niveau des réalisations à celui des prévisions faites par tous les secteurs de l'entreprise, dégager des écarts, en rechercher les causes et inspirer les mesures correctives jugées souhaitables »³.

Afin de répondre à la triple mission qui lui est assignée, le contrôle de gestion doit s'appuyer sur des outils privilégiés, les tableaux de bord. Ces tableaux de bord doivent « fournir aux dirigeants et aux divers responsables les données chiffrées périodiques caractérisant la marche de l'entreprise ; leur comparaison avec des données passées ou prévues peut, le cas échéant, inciter les responsables à déclencher rapidement les mesures appropriées »⁴.

Le contrôle de gestion a tout naturellement trouvé sa place dans les entreprises. A l'heure où face à la concurrence il fallait dégager des économies, le contrôle de gestion s'est révélé être un outil précieux. Dans un tel contexte, les décideurs devaient pouvoir fonder leurs décisions sur des données fiables. Dès lors toutes les grandes entreprises se sont doter de contrôleur de gestion.

Le contrôle de gestion s'est prioritairement développé dans les domaines de la comptabilité, de la finance et de l'économie, le domaine des ressources humaines étant dans un premier temps le plus souvent délaissé. Néanmoins les dépenses de personnel représentant une part conséquente des budgets, certaines entreprises se sont penchées sur le sujet.

La problématique connue par les entreprises a été transposée au secteur hospitalier avec moins de dynamisme. Pourtant dans un contexte de pénurie (maîtrise des dépenses de santé, difficultés de recrutement), le développement du contrôle de gestion peut apparaître comme un soutien.

Les hôpitaux, qui ont mis en place des directions du contrôle de gestion, ont porté l'effort sur l'aspect comptable et financier. On trouve très peu d'exemple d'hôpitaux ayant développé un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines. Pourtant les dépenses de personnel représente 70% à 80% des budgets des hôpitaux. La Direction des Ressources Humaines et des Qualifications de l'Hôpital Raymond Poincaré à Garches a décidé de mettre sur pied une cellule du contrôle de gestion.

³ GUERNY , GUIRIEC, 1985

Il convient de souligner à ce stade de la présentation que l'établissement fait partie de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris. A ce titre, il existe au sein de la direction générale une direction du contrôle de gestion. L'objectif principal qui a présidé à la mise en place du nouveau département du contrôle de gestion a été de fournir des indicateurs d'allocation de moyens aux hôpitaux . Il est apparu indispensable pour satisfaire cette exigence de travailler à l'élaboration de normes de référence pour mettre au point un système prévisionnel fiable assurant le passage d'un service traditionnel de contrôle de gestion, complémentaire du service de la gestion budgétaire, à un service d'aide au pilotage et à la décision destiné à tout responsable de gestion au sein de l'institution. L'objectif principal a été de construire des outils d'allocation budgétaire.

Néanmoins « le contrôle de gestion ne doit pas fournir des indicateurs comme un fin en soi mais contribuer à la prise de décision quant au rééquilibrage des bases budgétaires et entraîner un changement de comportement de la part des décideurs lorsque les indicateurs sont au rouge ».⁵ L'orientation donnée à ce département est donc très marquée. Cependant comme le souligne Alain CORDIER, ancien directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, « le contrôle de gestion ne saurait être réduit à sa seule acceptation budgétaire et financière, même si cette dimension s'avère indispensable».

La Direction des ressources Humaines et des Qualifications de l'hôpital Raymond Poincaré a décidé de donner une dimension plus large que la dimension financière et budgétaire à son contrôle de gestion. Toutefois, il lui était impossible de s'appuyer sur les informations provenant de la direction générale. Les tableaux synthétiques d'activité restaient trop globaux. Or le souhait était de voir émerger un contrôle de gestion à l'échelle de l'établissement pour les décisions prises en interne. L'utilisation est donc avant tout local. Il convenait d'élaborer des indicateurs propres.

⁴ J.C. EINSETLER, 1988

⁵ GUIDES DE L'AP-HP (LES), *La maîtrise de la gestion des ressources humaines*, Editions Lamrre, Paris, 2000, 79 p.

La volonté de créer une activité de contrôle de gestion au sein de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications a été affichée dans le projet social contenu dans le projet d'établissement. La démarche est d'autant plus intéressante que la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications est la première direction de l'établissement à se doter d'une cellule de contrôle de gestion. Il n'en existe pas au sein de la Direction des Finances, de la Logistique et des Services Economiques.

La Direction des Ressources Humaines et des Qualifications a donc un rôle pionnier dans l'établissement d'une part mais aussi dans une certaine mesure dans les hôpitaux publics en général. En effet, si l'on trouve de nombreuses expériences de contrôle gestion en matière financière et budgétaire, les exemples de contrôle de gestion appliqués aux ressources humaines sont beaucoup plus modestes.

Afin de répondre à la volonté de voir émerger un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines par la mise en place de tableaux de bord sociaux par service, il était primordial de procéder dans un premier temps à un état des lieux de l'existant (première partie). A partir des constats, il convenait de réfléchir aux types de tableaux de bord sociaux à mettre en place pour répondre aux besoins et objectifs de l'établissement (deuxième partie). Une fois le projet élaboré, la méthodologie adoptée doit permettre de les rendre crédibles et réalistes sans oublier qu'elle est peut être porteuse d'un nouveau dynamisme au sein de l'hôpital (troisième partie).

I. UN CONTROLE DE GESTION INEXISTANT MAIS INEVITABLE

Avant de mettre sur pied un projet de contrôle de gestion grâce à la mise en place de tableaux de bord sociaux par service au sein d'un hôpital, il est essentiel de procéder à un état des lieux.

L'observation d'expériences extérieures permet d'enrichir sa propre conception des outils. Concernant le contrôle de gestion et les tableaux de bord de gestion sociale, les exemples sont de sources diverses.

Avant de regarder, les actions mises en œuvre dans ce domaine au sein des hôpitaux, il est intéressant de voir comment le monde de l'entreprise s'est approprié ces outils. En effet, Le milieu industriel et commercial a, depuis quelques années, cherché à développer ces concepts dans un premier temps au sein des services financiers et comptables avant de remarquer l'intérêt en matière de gestion des hommes dans un deuxième temps.

Dans le sillon des entreprises, certains hôpitaux ont entrepris d'introduire le contrôle de gestion dans leur fonctionnement. Parmi eux, quelques uns ont développé des outils propres aux ressources humaines.

Le tour d'horizon de l'utilisation du contrôle de gestion et des tableaux de bord dans le domaine de la gestion sociale est une première approche comparative. La phase préparatoire à la mise en place des tableaux de bord sociaux par service intègre la dimension de connaissance des éventuels efforts déjà faits en la matière. L'état des lieux s'avère nécessaire pour éviter redondances et perte de temps.

L'état des lieux doit aussi bien concerné la nature des données disponibles, que leurs périodicités ou les supports sur lesquels elles se trouvent. Ce travail fastidieux est nécessaire car il est le seul moyen possible d'éviter l'écueil de la mise en place d'un outil inadapté et techniquement trop complexe. Dans l'optique de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications, il convenait de mettre en place des outils réalistes, pragmatiques et facilement utilisables.

Parallèlement à un état des lieux préoccupant, la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications était persuadée de l'absolue nécessité de mise en place d'un contrôle de gestion par l'introduction de tableaux de bord sociaux. En effet si les outils d'analyse n'existaient pas, les besoins dans ce domaine apparaissaient comme tout autant réels.

A. UN ETAT DES LIEUX PREOCCUPANT

L'état des lieux concernant le contrôle de gestion dans les établissements publics de santé est particulièrement inquiétant. Malgré la volonté affichée des pouvoirs publics de voir développer des outils de contrôle, peu d'hôpitaux ont mis en place des systèmes cohérents dans ce sens contrairement au monde de l'entreprise.

Cette lacune est particulièrement marquée en matière de ressources humaines. Elle s'explique en partie par la faiblesse des systèmes d'information.

Face à une situation de pénurie, la direction de l'hôpital Raymond Poincaré a souhaité se pencher sur les possibilités offertes par la mise en place d'un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines.

1. L'insuffisance générale du contrôle de gestion en matière de ressources humaines dans les établissements français.

Parler de néant ou de désert en matière de contrôle de gestion dans les hôpitaux serait abusif. Néanmoins les exemples ne sont pas pléthoriques. Aussi l'hôpital Raymond Poincaré se situe dans la norme.

a. Malgré quelques expériences isolées, la mise en place de contrôle de gestion reste limitée dans les hôpitaux

Préalablement à la mise en place d'un contrôle de gestion à l'hôpital R. Poincaré, il était important de voir ce qui pouvait exister dans d'autres établissements. S'inspirer de l'existant est essentiel. Cela permet de gagner du temps en évitant de "réinventer la poudre" et en tenant compte des difficultés éventuellement rencontrées, des erreurs commises. La connaissance d'expériences antérieures permet d'enrichir sa propre expérience.

La prospection au niveau des entreprises s'est faite sans trop de difficultés. En effet, la plupart des entreprises contactées avaient mis en place un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines. Ce développement est valable pour les grandes entreprises. Ainsi la marque de grande distribution "Carrefour"

a développé un contrôle de gestion au niveau du groupe, des deux zones nationales (nord et sud), des secteurs régionaux et des magasins.

On peut à titre d'exemple citer le Carrefour Euralille du centre ville de Lille. La mise en place du contrôle de gestion était l'une des missions prioritaires du responsable des ressources humaines. Celui-ci s'est donc attaché à créer son propre outil pour assurer le suivi des données qu'il paraissait essentiel d'étudier au sein de la structure. Cet exemple est intéressant car la nécessité de mettre en place un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines répond à des difficultés que rencontrent un grand nombre d'hôpitaux en France (difficultés de recrutement, turn-over important, recherche de la meilleure adéquation entre charge de travail et moyens humains). Par ailleurs, il est d'autant plus pertinent que cette volonté était récente au sein de l'établissement. On ne peut donc pas parler de "culture du contrôle de gestion" dans cette entreprise tout comme il est difficile d'en parler au niveau des hôpitaux.

Rechercher des informations sur la mise en place d'un contrôle de gestion grâce à la création de tableaux de bord sociaux par service s'avère en effet une tâche ardue dans les hôpitaux. Lorsque l'on interroge les directions des établissements en France, peu sont dans la possibilité d'apporter des réponses positives à la question de savoir si elles ont un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines.

Il existe néanmoins quelques tentatives de mise en place qui sont relayées par les revues hospitalières. On peut ainsi développer quelques exemples.

Les cadres soignants du centre hospitalier Lyon - Sud (Hospices Civils de Lyon) se sont appropriés le principe du tableau de bord pour "gagner en rigueur et en clarté dans leur gestion du travail, prendre du recul, disposer d'une synthèse à transmettre ou d'éléments de base pour une discussion".⁶ Dans le cadre de la mise en place de ces tableaux de bord, la volonté était de mettre tout en œuvre afin d'assurer la présence d'un effectif suffisant en regard de la charge de travail d'une part mais également d'avoir des outils de suivi journalier de l'activité soignante pour enrichir de données objectives et quantifiables des dossiers tels que la transformation ou la création de poste, la fermeture de lits, ou encore l'acquisition de matériel.

On peut également citer l'utilisation faite au centre hospitalier de Dax des S.I.I.P.S. et du PMSI. Il a paru intéressant à cet hôpital de "croiser les cotations S.I.I.P.S. et les données médicales et de les compléter de données comptables"⁷. L'exemple tend à montrer que l'activité des établissements se résume difficilement à une classification médico-économique, à un nombre de journées d'hospitalisation, à des durées moyennes de séjour. Il est essentiel d'associer aux données traditionnelles de l'activité une approche médicale et soignante pour une plus grande légitimité des tableaux de bord.

L'hôpital Nord (Assistance Publique Hôpitaux de Marseille) a développé un projet visant à mettre en adéquation l'effectif soignant et la charge de travail en soins infirmiers. Dans cette optique, il convenait de mettre en place des outils de négociation et de gestion des effectifs soignants en les centrant sur la demande en soins des patients. L'objectif est de disposer d'un effectif suffisant dans les unités de soins pour assurer des soins de qualité.

L'ensemble de ces expériences illustre la volonté de mettre en œuvre un début de contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines. Toutefois, ils répondent à un besoin précis: mettre en correspondance des effectifs et une charge de travail sur un segment d'activité donné, en l'occurrence le rapport entre personnel soignant et soins.

Les exemples que l'on peut trouver ne font pas état de la mise en place d'un système de contrôle de gestion cohérent sur l'établissement. La plupart du temps les tableaux de bord répondent à des besoins très précis. Ils servent souvent aux cadres des services qui les perçoivent comme un outil de dialogue et de négociation avec la direction.

On a donc finalement peu d'établissements dont la direction des ressources humaines s'est dotée de ses propres tableaux de bord. Il est vrai que le contrôle de gestion s'est plus développé dans d'autres directions que celles des ressources humaines.

⁶ RENAUD (C.), "Le seuil d'alerte en personnel de soins", *Gestions Hospitalières*, février 2002.

⁷ BARBE (N.) et MOUSILLAT (V.), "S.I.I.P.S. et P.M.S.I., exemple des séjours pour accident vasculaire cérébral", *Gestions Hospitalières*, mars 2002.

b. Un phénomène accentué dans la sphère Gestion des Ressources Humaines

Tout comme dans le privé, le contrôle de gestion a surtout trouvé une place dans les directions des services financiers. Les contextes budgétaire et économique difficiles ont en effet amené l'administration à mettre en place des outils pour rationaliser les choix budgétaires et financiers. Un certain nombre d'établissements ont donc choisi cette approche. Des hôpitaux ont même créé des directions du contrôle de gestion. On peut donc espérer voir un développement dans les années à venir mais le chemin à parcourir est encore long.

Cette lacune est encore plus criante dans la sphère de la Gestion des Ressources Humaines. Si le contrôle de gestion tend à s'imposer dans la sphère financière, l'utilité dans le domaine des ressources humaines reste controversée. Cette insuffisance est liée en partie à la médiocrité des systèmes d'information des hôpitaux.

En effet pour être efficace, le contrôle de gestion doit reposer sur un système d'information performant (**Annexe 1**). Il faut pouvoir trouver les informations pertinentes dans un temps acceptable et éviter d'avoir à retraiter les données. "L'évolution du contrôle de gestion ne peut s'effectuer sans une évolution parallèle du système d'information de gestion"⁸. Il est donc primordial de voir quelles sont les informations dont on peut disposer avec le système d'information en place. A partir de cet état des lieux, il convient de comparer les données disponibles et celles dont on souhaite disposer. Ce bilan permet d'avoir une vision utilitaire du système d'information et de voir les améliorations à porter.

L'outil informatique est indissociable de la mise en place d'un contrôle de gestion. Or il fait défaut dans de nombreux hôpitaux. La priorité accordée à l'équipement informatique permet d'espérer une amélioration. Les défaillances du système d'informations sont accentuées en matière de ressources humaines. L'ensemble des données relatives à ce domaine est le plus souvent difficilement exploitable.

Cet état des lieux préoccupant au sein des établissements français est assez conforme à la situation de l'hôpital Raymond Poincaré.

2. Une insuffisance particulièrement marquée à l'hôpital R. Poincaré.

L'hôpital Raymond Poincaré ne fait pas exception à la règle. En effet, le bilan est lourd. Il n'existe pas de moyen de contrôle au niveau local et les outils qui pourraient être utiles restent inadaptés.

Pourtant, il existe une réelle volonté de s'engager dans la voie du contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines.

a. L'absence de tout moyen de contrôle

L'état des lieux concernant l'hôpital R. Poincaré est également préoccupant. Après avoir fait le tour de services de la direction des ressources humaines, on peut s'apercevoir de l'absence de tout contrôle de gestion. Cette absence est liée à différents facteurs. L'équipe de direction est assez récente et la mise en place d'un contrôle de gestion ne faisait visiblement pas partie des préoccupations de la précédente équipe. La succession a été assez longue; la direction des ressources humaines est restée plus d'un an sans directeur. Dès lors, la gestion du quotidien a primé sur la mise en place de dossiers de fond. On peut ainsi observer qu'aucun agent n'avait pour mission d'assurer le contrôle de gestion.

La recherche d'outils de contrôle s'annonce également vaine. Le seul élément reste le tableau des emplois. Cependant le tableau des emplois n'est pas une source d'informations pertinente dans la mise en œuvre d'un contrôle de gestion. En effet, il est une image à un instant "t" de la situation du personnel. Il apparaît donc comme un outil figé difficilement exploitable dans la mesure où il ne représente pas la réalité du vécu des services. C'est en effet une énorme somme d'informations qui ne sont pas forcément classées en fonction des besoins du contrôleur de gestion. Il ne tient pas compte de "données

⁸ CHIAPELLO (E) et DELMOND (M-H), "les tableaux de bord de gestion, outils d'introduction du changement", Revue Française de Gestion, janvier-février 1994.

sociologiques des services". Ainsi l'absentéisme n'est pas recensé, tout comme les mouvements, les soutiens ponctuels en personnel, l'activité...l'utilisation du tableau des emplois est donc très limitée en matière de contrôle de gestion.

Dès lors, les décisions prises se fondent selon les propos du chef du personnel sur "l'expérience, le métier et l'intuition". Il est vrai que cette dimension est importante en ressources humaines. Il ne s'agit pas de faire du contrôle de gestion un outil technocratique. L'usage doit être raisonnable et les informations fournies doivent être prises avec le recul de l'expérience. Cependant, les systèmes reposant sur la culture et la connaissance d'une personne de l'hôpital sont dangereux. Ils sont par ailleurs mal perçus par les personnels qui mettent en doute l'équité des décisions prises en matière d'affectation du personnel.

La mise en place de tableaux de Bord Sociaux apparaît dès lors souhaitable y compris aux personnes qui revendiquent à juste titre leur expérience en matière de ressources humaines. En effet, la chef du personnel de l'hôpital R. Poincaré semble très intéressée par ce nouvel outil qui pourra "servir de support" aux décisions. Elle avait d'ailleurs elle-même tenté de mettre en place une forme de contrôle de gestion mais faute de temps avait du renoncer. L'émergence d'un contrôle de gestion doit s'appliquer à respecter les valeurs d'expérience et de métier et ne doit pas exclure la notion d'intuition. Si dans un premier temps il apparaît comme un complément à ces acquis, il pourra, après avoir fait ses preuves, devenir une référence.

b. Des outils inadaptés

Après avoir défini quels pouvaient être les besoins de l'hôpital en matière de contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines, la recherche des informations s'est avérée un enjeu crucial. En effet, il est apparu que des données nécessaires à la construction de tableaux de bord étaient très éclatées. Elles se trouvaient dans différents services administratifs de l'hôpital (différents secteurs de la Direction des ressources humaines et des qualifications; Direction de la stratégie, de l'évaluation et de la qualité; Direction des services logistiques et financiers; Cellule MSI). Des indicateurs, semblant pourtant basiques, n'étaient pas disponibles sur l'hôpital (informations traditionnelles de l'activité). L'information était très morcelée et partielle.

Par ailleurs, les informations disponibles étaient sur des supports très différents. Certaines informations étaient traitées sur Excel, d'autres sur Access. Des données parvenaient du siège de l'AP-HP sur papier et devaient être retraitées par les services. L'éclatement et le morcellement des données sont vite apparus comme des obstacles à une mise en place réaliste des tableaux de bord. En effet, cela nécessitait que toutes les données soient retraitées. Or il apparaissait nécessaire d'éviter un travail supplémentaire.

A ces inconvénients s'ajoutait un autre problème: l'inadaptation des données fournies par le siège de l'AP-HP. Cette inadaptation peut être soulevée à double titre. D'une part, l'outil informatique est inexploitable. En effet, le logiciel de gestion du personnel "GIPSIE" ne permet pas d'extraire des données pour les mettre dans des tableaux de bord. Ainsi toutes les informations sur l'absentéisme par exemple, complètes sur GIPSIE, ne pouvaient pas, par le biais de requêtes, être transférées sur une banque de données en interne. Cette inadaptation privait l'hôpital d'un nombre important de données essentielles. D'autre part, les indicateurs fournis par le contrôle de gestion de la direction générale ne répondaient pas aux besoins de l'établissement. Ils apparaissaient trop globaux pour servir en interne sur les affectations de personnel.

c. Une volonté néanmoins affichée

La pénurie d'outils ne reflète pourtant pas un manque d'intérêt de la direction des ressources pour qui la mise en place d'un contrôle de gestion apparaît comme primordiale. Cette volonté est clairement affichée. Le volet social du projet d'établissement laisse une place importante à l'émergence du contrôle de gestion. Les notions "d'évolution des compétences", de "prévention du risque de pénurie de personnels qualifiés", "d'adaptation de l'organisation du temps de travail", de "développement de l'information et de la concertation"⁹ sont un premier fondement à la mise en place. Il est prévu au sein de ce volet social de développer de "nouveaux outils de bureautiques de gestion indépendamment de GIPSIE " et de "favoriser l'élaboration de tableaux de bord

⁹ Projet d'établissement 2001-2004, *"la richesse des ressources humaines: le projet social et professionnel"*, chapitre 7 pp. 118-145

sociaux spécifiques". Le projet d'établissement a été validé au mois de juin 2002 par l'ensemble des instances.

Outre l'affichage de ce projet à l'ensemble de l'établissement, le directeur des ressources humaines a montré sa volonté de faire avancer la mise en place lors du recrutement en avril 2002 d'un adjoint des cadres, responsable du service gestion - paye et du personnel non médical. La responsabilité du contrôle de gestion fait partie des missions définies dans sa fiche de poste (**Annexe 2**).

Cette volonté affichée par le directeur des ressources humaines, qui a préféré attendre la finalisation du dossier 35 heures pour relancer ce projet de contrôle de gestion, est par ailleurs partagée par l'ensemble des personnels de la DRH. En outre l'élaboration des tableaux de bord intéresse d'autres acteurs des services administratifs dont la direction des services logistiques et financiers.

Cependant cette mise en place n'est pas du seul intérêt de la direction. Les cadres des services concernés ont vu ce qu'ils pouvaient en attendre. En effet, le message passé jusque là par la direction des ressources humaines et des qualifications s'appliquait à montrer les bénéfices que chacun pouvait en tirer. Cet effort de communication et de transparence a abouti à une perception consensuelle des tableaux de bord, voire à une attente de tous.

B. DES BESOINS POURTANT REELS

L'insuffisance des outils de contrôle de gestion est d'autant plus préoccupante que les besoins sont réels. En effet, les dépenses de santé constituent une préoccupation majeure dans notre environnement politique, social et économique.

Quoiqu'elle se soit ralentie à partir de 1975 avec l'engagement des premiers plans gouvernementaux de maîtrise des dépenses, la croissance des consommations de santé a persisté. Le secteur de la santé s'est donc vu consacrer une part sans cesse plus importante de notre richesse nationale: de 4.2% du Produit Intérieur Brut en 1960, elle est passée à plus de 9.5% du PIB en 2000. Dans un contexte économique difficile, la hausse des dépenses de santé est de plus en plus mal tolérée comme en témoignent les mesures prises pour les limiter. Les établissements de santé sont donc amenés à participer à cette régulation. La raréfaction des ressources oblige les hôpitaux à "rechercher des modes d'organisation de l'offre adaptés aux évolutions prévisibles des besoins et sont incités à l'efficience"¹⁰.

Outre le contexte économique et financier, le contexte démographique est également favorable à l'engagement d'une réflexion sur une meilleure utilisation des ressources. En effet, la pénurie du personnel infirmier et la future situation difficile concernant les aides-soignants sont préoccupantes. Les difficultés de recrutement seront d'autant plus difficiles à supporter pour les établissements qu'elle se couple avec une exigence croissante des personnels sur leurs conditions de travail, les 35 heures, la charge de travail accrue par la lourdeur des patients ressentie comme toujours plus importante.

Dans ce contexte délicat, bénéficier d'outils d'aide à la décision apparaît comme de plus en plus fondamental. Les arbitrages nécessitent d'avoir une bonne perception de la réalité afin de prendre les décisions les plus pertinentes et justes possibles. L'émergence d'un contrôle de gestion appliqué aux

¹⁰ SOUBIE (R.), *"Santé 2010, rapport du groupe de Prospective du système de santé"*, décembre 1991

ressources humaines par la mise en place de tableaux de bord sociaux par service permet de disposer d'informations permettant une mise en adéquation des moyens plus pertinente et favorisant un suivi du personnel dans les services.

1. La mise en adéquation des moyens

L'allocation adéquate des moyens humains est une des préoccupations majeures des directions des ressources humaines. La recherche de cette adéquation peut être structurelle (ajuster au mieux les moyens à l'activité des services). Ce besoin peut être parfois ponctuel (répartition des emplois créés au titre de la Réduction du Temps de Travail).

a. L'adéquation entre dotations en personnel et activité

Le contrôle de gestion permet une meilleure mise en adéquation entre les dotations en personnel et l'activité du service. C'est en tout cas le parti pris à l'hôpital R. Poincaré. La Direction des Ressources Humaines et des Qualifications souhaite se doter de tableaux de bord alliant des données sur l'activité et les effectifs mis en correspondance. Dans l'immédiat, il n'existe pas de tableaux récapitulatifs permettant de faire des comparaisons entre les services. Dès lors, les décisions prises peuvent paraître aléatoires. L'objectif est de rééquilibrer les moyens humains alloués entre les services en fonction de la réalité de leur activité. Afin de permettre une affectation optimale, la mise en place du contrôle de gestion participe à la recherche d'efficacité nécessaire dans le contexte difficile déjà évoqué.

Les décisions qui s'imposent dans le cadre du rééquilibrage pourront s'appuyer sur une vision plus réaliste des services. Les tableaux de bord permettent en effet d'espérer l'installation d'une nouvelle culture. Ils favorisent une approche plus objective que subjective. En effet, la décision sera fondée sur des données chiffrées. On peut penser dès lors que les actions correctives mises en œuvre seront moins difficilement acceptées et gagneront en légitimité. La transparence des indicateurs permettra à tous les services d'avoir une vision de leur situation par rapport aux autres dans l'établissement. Favoriser la comparaison est une source de légitimation.

L'objectif est de pouvoir intégrer les informations issues des tableaux de bord dans les discussions budgétaires. Lors des conférences budgétaires de service, la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications ne dispose actuellement que de peu d'informations fiables pour arbitrer les choix actés. A terme, les nouveaux outils permettront de réaliser des budgets théoriques par service vers lesquels il faudra tendre. Les mesures seront prises en tenant compte de cet "idéal" fondé sur une approche tenant compte de l'activité et des comparatifs. Cette comparaison pourra être faite en interne d'une part, mais également d'autre part avec d'autres établissements si l'on recourt au PMSI.

b. L'affectation des emplois RTT

L'introduction de tableaux de bord de gestion sociale peut répondre à des besoins ponctuels. C'est le cas à l'hôpital R. Poincaré dans le cadre de l'attribution des emplois liés à la mise en place de la Réduction du Temps de Travail. En effet, la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications va devoir répartir les emplois alloués.

L'hôpital R. Poincaré a obtenu 87 emplois sur 3 ans (2002/2004). Les demandes des services vont au-delà des moyens attribués. Il va donc falloir arbitrer.

Il est important de fonder ces arbitrages sur des critères le plus objectifs possibles car il s'agit d'un sujet sensible sur l'hôpital. Il va être important de pouvoir justifier les décisions prises pour que celles-ci apparaissent légitimes aux yeux du plus grand nombre. Cela permet de contrôler au mieux l'agitation sociale qui pourrait s'en suivre compte tenu des débats passionnels qui entourent le sujet.

Dans ce cadre, nous pouvons percevoir l'utilité des tableaux de bord dans la perspective de soutien de la politique de ressources humaines et de facilitateur des relations. Il serait utopique de penser que l'introduction d'un contrôle de gestion apaise les relations. Un outil technique ne peut seul faire accepter des décisions. Toutefois, il aide à la construction du dialogue, il participe aux échanges. Il est un soutien, un appui permettant de gagner en légitimité et crédibilité. Cette aide est particulièrement précieuse dans le cadre de projets délicats à mener et ceux dans lesquels les partenaires n'ont pas forcément la

même vision des choses ou une vision politicienne. Il convient pour éviter de déchaîner les passions et aplanir les relations de pouvoir s'appuyer sur des données rationnelles.

2. Des outils de suivi

Les tableaux de bord sociaux n'ont pas pour seule utilité l'aide à l'affectation des ressources. Ils peuvent contenir des informations plus qualitatives telles que le suivi de l'absentéisme ou celles liées à la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des compétences

a. Le suivi de l'absentéisme

La question de l'absentéisme est une problématique récurrente dans la fonction publique et dans les hôpitaux tout particulièrement. Le nombre de journées d'absence est en constante augmentation. Or l'absentéisme est une source de désorganisation des services. Les arrêts courts sont les plus nocifs car il est difficile de prévoir un remplacement d'autant plus qu'il n'est pas prévisible.

Il apparaît donc essentiel de différencier les types d'absence. Il convient de distinguer les absences prévues ou prévisibles d'un côté et les absences imprévues ou imprévisibles d'un autre côté.

L'hôpital R. Poincaré ne dispose pas d'outils de suivi de l'absentéisme. Les données disponibles ne font pas l'objet d'analyse car les informations sont contenues sur un logiciel difficilement exploitable.

Désormais, le contrôle de l'absentéisme est une demande du directeur et de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications. Ce contrôle est nécessaire dans la mesure où il est perturbateur pour les services et où il a un coût non négligeable.

Le taux d'absentéisme est par ailleurs un bon indicateur du climat social d'un service. En effet, les absences sont parfois liées aux conditions de travail. Dès lors un taux d'absentéisme élevé peut révéler un dysfonctionnement. Il est évident que le tableau de bord ne va pas expliquer l'absentéisme mais il va permettre de lancer une réflexion. En effet, les tableaux de bord incitent à l'action en engageant une recherche des causes. Dans la continuité, des solutions

devront être proposées. Le tableau de bord ne doit pas être une fin en soi. Il trouve sa légitimité dans sa capacité à introduire des réflexions, des changements. S'il ne parvient pas à créer cette synergie, il sera perçu comme inutile et perdra de sa crédibilité.

L'élaboration de tableaux de bord concernant le suivi de l'absentéisme est un premier pas vers la concrétisation d'une politique de prévention. En effet, repérer les causes majeures de l'absentéisme permet d'agir en amont. On peut à titre d'exemple citer l'action mise en œuvre par le Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville vis-à-vis du risque maternité. Ainsi dès que la DRH avait connaissance d'une grossesse, elle prévoyait certes le remplacement pour les mois de congés maternité mais elle enquêtait afin de connaître les désirs de la mère après la fin de son congé maternité. Envisageait-elle de réduire son activité professionnelle en prenant un temps partiel? Prévoyait-elle de prendre un congé parental d'éducation? Les résultats de ce travail ont été pertinents dans la mesure où dans la grande majorité des cas, les femmes se sont tenues à ce qu'elles prévoyaient pendant leur grossesse. A partir de ces informations, une forme de prévention du risque d'absence après une grossesse a pu être mise en œuvre. Les remplacements étaient prévus en amont.

b. Le développement de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

"Le premier objectif de la GPEC est d'adapter les ressources humaines dans une démarche d'anticipation. Sous cet angle, la GPEC peut être considérée comme un outil de pilotage et tend alors à renforcer le contrôle"¹¹. Elle permet de réaliser l'adéquation des ressources humaines aux besoins de l'hôpital, en tant qu'outil d'aide à la décision. Pour ce faire, elle doit s'accompagner de la mise en place de systèmes permettant de gérer les informations relatives aux emplois et aux individus. Dans sa dimension collective, la GPEC consiste à maîtriser les évolutions de l'emploi et les ressources humaines à moyen terme d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Elle nécessite un outillage méthodologique lourd pour

¹¹ JOYAU (A), RETOUR (D), « la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences entre contrôle et autonomie », Revue de gestion des ressources humaines, juillet-août 1999, pp.127-143.

gérer une masse d'informations importante. Les tableaux de bord apparaissent dans ce contexte une aide précieuse.

Il est envisageable d'inclure au sein des tableaux de bord des données sur l'âge des personnels dans un service. On peut ainsi établir des pyramides des âges par service. Cette possibilité est intéressante à deux titres. Cela peut permettre une réorganisation interne afin de rééquilibrer la démographie dans les services. Les mutations internes peuvent être l'occasion de rééquilibrage. Par ailleurs, le recrutement peut également être l'occasion de favoriser, en fonction des indications fournies par la pyramide des âges, des recentrages. Toutefois, il est évident que cet usage perd de son intérêt dans le contexte actuel de pénurie de personnel soignant.

Les tableaux de bord peuvent contenir des informations sur le niveau de qualification des personnels. L'usage de ces données peut être interne au service. Si un service a un niveau global de qualification inférieur à celui de l'établissement, cette dimension doit être prise en compte lors des mutations internes. La GPEC constitue une aide à l'orientation et à la reconversion de compétences. Il est également envisageable de prévoir des formations ou des requalifications. Il est par ailleurs possible d'intégrer cette donnée dans les critères de recrutement de la même façon que pour l'âge.

c. Les indicateurs qualitatifs

Les tableaux de bord sociaux peuvent être l'occasion d'introduire une dimension qualitative. Il est possible d'évaluer le climat social d'un service grâce à un certain nombre d'indicateurs. Outre le nombre de journées d'absence évoqué précédemment, le taux de turn-over ou le nombre de journées de grève peuvent témoigner de conditions de travail difficiles, de problèmes d'organisation du service ou encore de remise en cause du modèle managérial. De tels indicateurs peuvent alerter la direction des ressources humaines qui pourra alors engager une réflexion afin d'améliorer la situation.

Les données concernant la formation peuvent également faire l'objet d'indicateurs à double titre. Elles permettent à la direction des ressources humaines de pouvoir faire un bilan du travail effectué en matière de formation. De plus, elles soulignent les éventuelles inégalités entre les services. D'une

année sur l'autre, elles permettent de constater les services qui font des efforts pour maintenir le personnel à bon niveau et ceux qui ont une politique de formation moins volontaire. Là encore des actions de rééquilibrage peuvent être engagées.

L'émergence d'un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines par la mise en place de tableaux de bord sociaux est justifiée à la fois par les actions engendrées par l'analyse des indicateurs et par la légitimation du bilan de la Direction des ressources humaines.

Si le contrôle de gestion peut s'avérer être une aide précieuse dans l'affectation des moyens humains et le suivi de données qualitatives, il convient de mettre en œuvre des outils répondant aux besoins de l'établissements. Le contenu des tableaux de bord sociaux doit donc être réfléchi en fonction des attentes de l'établissement.

II. LE CONTENU DES TABLEAUX DE BORD SOCIAUX

"Les tableaux de bord de gestion sociale peuvent être définis comme des outils d'information conçus et utilisés à des fins d'action rapide visant à garantir la réalisation des objectifs institutionnels que s'est visé le gestionnaire hospitalier."¹² Ils permettent d'informer le décisionnaire sur l'évolution des variables quantitatives et qualitatives qui lui paraissent déterminantes pour l'avenir de l'établissement de santé.

"A partir de chaque objectif de gestion, il semble possible de créer un tableau de bord dès lors que celui-ci paraît utile au gestionnaire pour le suivi de l'activité et de ses incidences techniques, financières ou humaines qu'il souhaite observer". La part prépondérante des ressources humaines tant quantitativement (en pourcentage des budgets d'exploitation des établissements de santé) que qualitativement justifie l'existence des tableaux de bord de gestion sociale.

Le choix des différentes informations contenues dans les tableaux de bord relève des problématiques particulières de chaque établissement. En effet, tous les aspects de la gestion classique des ressources humaines hospitalières peuvent être envisagés: GPEC, recrutement, formation, gestion des carrières, climat social, communication interne. Des indicateurs peuvent rendre compte de ces différentes données.

La présentation des tableaux de bord peut être très variée et créative. Toutefois, il est essentiel de ne pas multiplier le nombre de tableaux de bord. Le risque est en effet d'assister à une asphyxie du système par manque de temps

¹² LETEURTRE (H), "les tableaux de bord sociaux", Gestion Hospitalière, mai 1995, pp. 416-421.

pour remplir les tableaux et pour les analyser. Les tableaux de bord doivent répondre à des exigences de clarté, de simplicité, d'adaptabilité. Il convient de tenter de concilier ces qualités avec un caractère attrayant sur la forme. Ils ne doivent pas apparaître comme un travail supplémentaire ou un outil inutile mais bien comme une aide. C'est le pari qui a été fait à l'hôpital R. Poincaré.

A. LE CHOIX DES DIFFERENTES INFORMATIONS

Le choix des différentes données contenues dans les tableaux de bord doit répondre aux besoins ponctuels ou structurels de l'établissement.

Avant de penser aux indicateurs pertinents , il est important de réfléchir au champ d'application que l'on souhaite appliquer à ces tableaux de bord sociaux. Il est essentiel de délimiter la sphère dans laquelle on souhaite les voir évoluer.

A partir de cette définition, il devient possible de déterminer les indicateurs et ratios intéressants dans la mesure où ils doivent répondre à des attentes concernant un champ précis.

La Direction des Ressources Humaines et des Qualifications de l'hôpital Raymond Poincaré a choisi d'orienter ses indicateurs selon trois axes :

- Prise en compte de l'activité de l'unité concernée,
- Moyens humains disponibles,
- Ratios qualitatifs significatifs.

Développer des aspects à la fois quantitatifs et qualitatifs apparaît primordial afin de permettre dans le cadre des actions à venir une meilleure mobilisation des personnels. Comme le souligne Alain CORDIER, ancien directeur général de l'AP-HP, « la réussite d'une démarche de contrôle de gestion n'est pas fondée uniquement sur la recherche et la mise au point d'indicateurs quantitatifs. Elle s'acquiert aussi par la construction d'indicateurs à caractère qualitatif. Il s'agit de passer des instruments de mesure de l'efficience des structures (mesure des fonctions de production) à des instruments de mesure de l'efficacité des actions (mesure des résultats) ».

1. Le champ d'application

a. les secteurs concernés

La première phase de réflexion a porté sur le champ d'application. Il convenait en effet dans un premier temps de définir "le domaine" sur lequel les tableaux de bord allaient porter. Les services cliniques étaient les premiers à être visés par la mise en place. On dénombre 6 services concernés :

- Médecine interne,
- Département de médecine de l'enfant,
- Réanimation médicale,
- Chirurgie orthopédique,
- Médecine infectieuse et tropicale,
- Médecine physique et de réadaptation.

La Direction des Ressources Humaines souhaitait que la délimitation soit la plus large possible. L'idéal aurait été que ces tableaux de bord concernent l'ensemble de l'hôpital. Toutefois, la mise en place doit être progressive pour deux raisons. D'une part, il convient d'introduire de nouveaux outils avec prudence. Cette première expérience permet de tester les indicateurs et d'apporter d'éventuelles améliorations. D'autre part, la mise en place dans certains services s'avère délicate. Parmi les données contenues dans les tableaux de bord, se trouvent des indicateurs d'activité. Si les indicateurs traditionnels d'activité et le PMSI permettent d'avoir des données pertinentes pour les services cliniques, il est plus difficile de trouver des indicateurs pour les services administratifs ou logistiques par exemple. L'exclusion de ces services n'a pas vocation à perdurer mais une réflexion préalable est nécessaire quant aux données que l'on souhaite recueillir.

b. le niveau d'analyse

Le choix du niveau d'analyse (**Annexe 3**) dépend là encore de ce que l'on souhaite obtenir des tableaux de bord sociaux.

Pour atteindre les objectifs fixés aux tableaux de bord de gestion sociale, il est important de:

- "repérer au sein de chaque hôpital le niveau le plus fin pour identifier chaque activité selon sa nature,
- regrouper les unités de base pour constituer une maquette significative pour l'hôpital,
- construire le niveau de comparaison optimal entre hôpitaux."¹³

Le choix fait à l'hôpital R. Poincaré a été dicté par un souci de finesse et d'exhaustivité. Il a en effet été décidé de prendre la plus petite unité d'observation et d'analyse possible. A l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, il s'agit de l'Unité d'Analyse qui est identifiée à l'aide d'un code et libellé choisis dans le plan des comptes analytiques. La précision initiale permet ensuite de moduler le niveau d'analyse en fonction des besoins.

En fonction des exigences, il sera alors facile de regrouper les unités de base pour constituer un niveau d'analyse plus pertinent. Il paraît en effet nécessaire d'organiser des regroupements pour assurer un compte rendu lisible. Le niveau de l'Unité d'Analyse semble trop fin pour assurer une vision synthétique de l'hôpital. Mais un regroupement à terme des Unités d'Analyse permet de procéder à une première analyse de la structure de l'hôpital. On peut ainsi envisager de raisonner par service, par type d'activité comparable ou encore par centre de responsabilité.

La flexibilité du niveau d'analyse est donc permise par une approche qui peut sembler au départ pointilleuse. Il est important de conserver cette exigence initiale. Par ailleurs cela permet en cas de besoin de rentrer dans le détail pour chercher la provenance d'un problème identifié par exemple.

¹³ MERLIERE (Y) et KIEFFER (R), *Le contrôle de gestion de l'hôpital, principes clés et outils nouveaux*, Masson, 2001.

c. La périodicité

Une des interrogations initiales essentielles porte sur la périodicité de parution des tableaux de bord sociaux. Selon quel rythme l'hôpital souhaite-t-il disposer des données ? Pour répondre à cette question, des décisions s'imposent notamment sur le positionnement du contrôle de gestion au sein de la direction. Quel est l'usage que l'on souhaite en faire ?

Dans le cas de l'hôpital R. Poincaré, la démarche est nouvelle. Il n'existe pas de contrôleur de gestion. Il s'agit donc d'un travail supplémentaire pour un adjoint des cadres qui aura en charge la tenue des tableaux et pour le Directeur des Ressources Humaines et des Qualifications qui s'occupera de l'analyse. Il est important d'en tenir compte. Envisager une fréquence trop rapprochée de parution risquerait d'aboutir à un essoufflement du projet. Par ailleurs, s'approprier de nouveaux outils demande un temps d'adaptation.

Outre ces exigences "humaines", il est également important de tenir compte du rythme de parution des données nécessaires pour remplir les tableaux de bord. Les indicateurs proviennent de différentes directions. Toutes ne sont pas fournies par la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications, notamment celles concernant l'activité, le PMSI, les SIIPS. Certaines pourront même provenir du siège de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Certaines informations sont journalières, d'autres hebdomadaires ou mensuelles. Le flux et la densité d'informations sont donc très variables.

A partir de l'ensemble de ces contraintes, il a été décidé que l'analyse des Tableaux de Bord serait trimestrielle. Cette périodicité permet d'avoir un recul suffisant pour une analyse plus pertinente. Par ailleurs, elle permettra sans doute d'éviter une asphyxie du système et laissera le temps aux personnes responsables du contrôle de gestion de s'adapter à ces nouveaux outils.

Une fois défini le champ d'application des tableaux de bord sociaux, la construction des indicateurs devient possible car elle pourra être adaptée au mieux aux besoins du contexte délimité.

2. Les indicateurs traditionnelles de l'activité

La recherche de mise en adéquation des moyens en personnel et de l'activité justifie la présence d'indicateurs d'activité dans des tableaux de bord dits de gestion sociale.

L'activité d'une unité peut être perçue selon deux modalités :

- Des indicateurs traditionnels ou « administratifs »,
- Des indicateurs « médicalisés ».

L'hôpital Raymond Poincaré a souhaité pouvoir s'appuyer sur ces deux types de données afin d'avoir une vision plus juste de l'activité.

L'introduction d'indicateurs « médicalisés » étant plus complexe et répondant à des objectifs précis, l'approche médicalisée fera l'objet d'un développement particulier dans la deuxième sous-partie.

a. les lits ouverts

Le nombre de lits ouverts (ou places) dans une unité fait partie des indicateurs classiques lorsque l'on souhaite définir son activité.

Se cantonner au nombre de lits serait réducteur dans la mesure où la fermeture de lits fait partie du quotidien hospitalier. Cette réalité est particulièrement marquée à l'hôpital Raymond Poincaré pour trois raisons.

Deux raisons de fermeture des lits temporaires sont propres à l'établissement. La première raison est l'ancienneté et la vétusté des bâtiments. L'hôpital, qui était à l'origine spécialisé dans le traitement des tuberculoses et des malades atteints de la polio, date du début des années 30. Dès lors, les bâtiments connaissent souvent des opérations de travaux. La deuxième raison de fermeture des lits à certaine période est le type de pathologie prise en charge. Il existe dans cet établissement une forte spécialité de rééducation lourde tant pour l'adulte que pour l'enfant. Dès lors, lorsque les patients le peuvent, ils profitent des week-end et des vacances pour rentrer chez eux. Ceci est d'autant plus vrai pour la pédiatrie. Les périodes de vacances sont donc très calmes pour ces services.

La dernière raison de fermeture temporaire des lits concerne la plupart des établissements : la mise en place de la Réduction du Temps de Travail dans les hôpitaux. Il est de plus en plus difficile dans l'immédiat de maintenir des lits ouverts à certaines époques de l'année (notamment pendant les périodes de vacances).

Ces réalités devaient être prises en compte. En effet, prendre le nombre de lits « théoriques » d'une unité ne serait pas révélateur de l'activité. Ce serait un mauvais support pour définir les moyens humains nécessaires à son bon fonctionnement.

L'indicateur « nombre de lits (ou places) ouverts » doit être complété par l'indicateur du « taux d'occupation ». En effet, ce n'est pas une fin en soi que d'avoir le nombre de lits ouverts par rapport au nombre de lits budgétés, encore faut-il qu'ils soient occupés. Le taux d'occupation par lit ouvert est un indicateur pertinent de l'activité. Il permet de pouvoir comparer les unités entre elles. Ainsi, le travail en terme de prise en charge des patients peut être mieux évalué.

b. les journées

Le deuxième indicateur d'activité traditionnel est le nombre de journées d'hospitalisation.

Il a été décidé de prendre le nombre de journées mensuel sur les trois derniers mois. Le tableau est à double entrée car il semblait important de pouvoir comparer le nombre de journées d'hospitalisation de l'année n par rapport à l'année n-1. La variation d'une année sur l'autre permet d'avoir des indications sur l'évolution de l'activité.

Un graphique a été inséré à ce niveau-là afin de rendre la présentation plus dynamique et plus attrayante.

Le zoom concernant l'activité repose donc sur les piliers traditionnels du taux d'occupation sur lits ouverts et de la variation de l'activité d'une année sur l'autre. Ce sont des indicateurs dynamiques qui révèlent les fluctuations de l'activité. Ainsi les arbitrages à rendre devront prendre en considération ces éléments.

Il est néanmoins important de toujours prendre du recul par rapport à ces indicateurs. Il faut que les évolutions soient sensibles et durables. Il ne s'agit pas de mettre en jeu l'équilibre d'un service pour des variations conjoncturelles.

Il est donc important de toujours s'interroger sur les causes. Les décisions doivent reposer sur des fondements structurels et ne pas dépendre de circonstances spécifiques. Il est essentiel de se poser les questions adéquates au moment où les indicateurs évoluent.

La limite des tableaux de bord sociaux doit être perçue à ce niveau là. Le rôle des Tableaux de bord sociaux est d'alerter et de porter l'attention des responsables sur des points précis. En aucun cas, ils ne se suppléent à eux pour la recherche des causes et les conséquences à en tirer.

3. Les moyens humains affectés

Parallèlement aux données sur l'activité, il convenait de mettre en évidence les moyens affectés sur l'unité. Cette mise en relief devait répondre à un objectif: s'attacher à mettre en évidence la réalité de ressources humaines disponibles.

La volonté d'éviter l'écueil du tableau des emplois a été exprimée dès le début du projet. En effet le tableau des emplois donne une image peu réaliste des moyens en personnel mis à la disposition des services. Il reflète les moyens humains budgétés. Cette approche reste donc très théorique.

La Direction des Ressources Humaines et des Qualifications souhaitait disposer d'un outil lui permettant de savoir précisément l'ensemble des mises à disposition de personnel et des absences pour avoir une image plus fidèle de la réalité.

Ainsi le zoom sur les moyens humains affectés tient compte de trois paramètres:

- Les effectifs théoriques,
- Les aides ponctuels,
- Les absences non planifiées.

a. Les effectifs humains

La présentation des effectifs répond à une double problématique. D'une part, la Direction des ressources Humaines et des Qualifications souhaitait disposer d'informations concernant le travail effectif de ses agents. D'autre part, il s'agissait d'avoir une vision des catégories de personnel mis à la disposition du service.

Le tableau récapitulant les effectifs a donc une partie consacrée à l'évaluation du temps de travail effectué dans l'unité. Cette évaluation tient compte de trois critères:

- Nombre d'Equivalent Temps Plein,
- Nombre de mensualités,
- Nombre de journées travaillées.

Le choix de ces données s'est fait selon leur pertinence et leur disponibilité. En effet, il s'agit d'informations présentes dans l'infocentre local. Ces informations permettent d'avoir une vision des effectifs réellement disponibles sur l'établissement.

Le nombre de journées travaillées permet d'avoir une idée du nombre de personnes physiquement présentes dans l'unité concernée. Cet indicateur doit être complété par les aides ponctuelles apportées par la Direction de Ressources Humaines et des Qualifications aux services.

Ces données concernant les effectifs mis à la disposition du service doivent être complétées par des données d'ordre plus qualitatif. Ainsi, il a été décidé que serait inclus dans le tableau les différentes catégories de personnel. Ces catégories sont celles présentes dans les tableaux de budgets. Sont distingués:

- Le personnel d'encadrement,
- Le personnel diplômé (IDE, AS),
- Le personnel spécialisé (kinésithérapeutes, ergothérapeute, psychologues,...),
- Le personnel non diplômé (agents hospitaliers),
- Les autres personnels.

Cette répartition par catégorie professionnelle donne des indications sur le niveau de qualification des services. Elle permet de comparer les unités entre elles dans un but de rééquilibrage éventuel en fonction des besoins des services. Elle permet également d'encourager la formation de ces personnels.

La vision des effectifs prévus pour le service est donc à la fois quantitative et qualitative. Il était toutefois important de tenir compte des effectifs physiquement présents dans l'unité. Il fallait dès lors introduire les soutiens ponctuels en personnel et les absences non planifiées.

b. Les aides ponctuelles

Les unités de soins ne fonctionnent pas uniquement sur les effectifs "officiels" dont elles disposent selon le tableau des emplois. Elles bénéficient régulièrement d'aides ponctuelles.

Ces aides sont de quatre ordres:

- Le pool de remplacement,
- L'intérim interne,
- L'intérim extérieur,
- Les élèves.

Ces différentes solutions de soutien aux unités en difficulté de personnel sont plus ou moins indolores financièrement pour l'hôpital. L'intérim extérieur et, dans une moindre mesure, le recours aux élèves ont un coût supplémentaire.

Il est donc préférable de recourir autant que faire se peut aux autres moyens de soutien en personnel. La mobilisation du pool de remplacement est favorisée. C'est la solution qui désorganise le moins les services car il s'agit de personnels qui ne sont pas affectés sur une unité particulière. A contrario, l'intérim interne peut certes dépanner mais le procédé consiste à "déshabiller Paul pour habiller Pierre". C'est donc une opération neutre en terme d'absence car on crée le besoin dans un autre service. Si cette solution est envisageable pour une courte durée, elle ne peut être durable et doit rester exceptionnelle au risque, dans le cas contraire, d'une lassitude des services prêteurs.

L'objectif de ce tableau est de mettre en évidence les efforts consentis par la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications. En effet, les services

insistent en général sur les absences et parlent peu des soutiens qu'ils ont reçu. Ainsi, lors des conférences budgétaires de service, tant les cadres et chefs de service que l'administration disposeront d'éléments objectifs pour les négociations. Les soutiens en personnel seront décomptés en journées. Il conviendra de mettre en relation ces apports en personnel avec les absences non planifiées dans l'unité.

c. Les absences non planifiées

Les absences non planifiées sont celles qui désorganisent le plus les services. Elles sont pénalisantes pour le bon fonctionnement quotidien de l'hôpital et crée des tensions entre les agents.

Un choix dans les types d'absences a été fait. Il a été décidé de mettre en exergue les absences suivantes:

- La maladie,
- Les accidents du travail,
- La maternité,
- Autres absences.

Les arrêts maladie courts sont les plus déstabilisants pour les services. En effet, le plus souvent imprévus et imprévisibles, ils sont connus "au dernier moment".

La rubrique accident du travail est certes intéressante du point de vue du manque d'un agent qu'il provoque. Néanmoins, c'est plus l'aspect qualitatif qui dans ce cas présente un intérêt. En effet, il sera possible de souligner les services qui ont un plus grand nombre d'accidents du travail et de provoquer des mesures préventives.

Les arrêts maternité sont plus prévisibles et plus facilement planifiables d'autant plus qu'il s'agit d'une durée relativement longue. Toutefois ils doivent être pris en considération car ils représentent une part non négligeable des différents types d'absence.

Les absences seront décomptées en journées non travaillées. Ces données sont disponibles sur l'infocentre local.

La vision des effectifs physiquement présents et des absences va permettre de comparer ce que l'unité a du subir en terme d'absence et ce qu'elle a reçu. Cela aboutit à un rapport déficit/bénéfice. Cet équilibre sera un élément important lors des discussions budgétaires et d'allocation des moyens humains. Désormais, le bureau du personnel aura à sa disposition des données claires et objectives pour fonder et justifier ses arbitrages et décisions.

4. Les indicateurs clés

Il est possible de distinguer différents types de ratios clés:

- Les ratios d'adéquation entre effectifs et activité,
- Les ratios répondant à des besoins ponctuels,
- Les ratios qualitatifs.

Ces ratios permettent de dynamiser et de donner du relief aux tableaux de bord sociaux. Ils permettent un début d'analyse.

a. Les indicateurs d'adéquation effectifs/activité

L'un des objectifs premier des tableaux de bord sociaux est de fournir des éléments permettant une meilleure adéquation des moyens humains avec l'activité des services. Il convenait donc de trouver un ratio permettant de comparer les unités entre elles.

Les ratios sélectionnés sont le nombre d'Equivalent Temps Plein par lit ouvert et le nombre de journées travaillées par agent. Ces ratios permettront des comparaisons entre unités ayant le même type d'activité. Il ne s'agit pas de comparer une unité d'hospitalisation avec une unité de consultation mais des unités comparables.

A partir de ces comparaisons, dans un contexte budgétaire limité et de recrutement délicat, des décisions "politique et stratégique" pourront être prise. Les tableaux de bord doivent inciter à l'action tout en évitant de provoquer des situations de crises et de blocages.

b. Les ratios conjoncturels

Dans le cadre des besoins identifiés pour l'établissement, se trouve la problématique liée à la Réduction du Temps de Travail. En effet, la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications doit tenir un suivi des journées RTT prises par agent et celle qui leur sont dues.

C'est pourquoi le ratio "nombre moyen de RTT dus / agent" a été intégré. Ceci illustre en quoi les tableaux de bord ne doivent pas être des outils figés. Au contraire, ils doivent être réactifs et s'adapter aux attentes du moment.

Dans le cas contraire, le contrôle de gestion risque de souffrir d'une image peu dynamique, peu à l'écoute de son environnement.

c. Les ratios qualitatifs

Les ratios qualitatifs révèlent souvent le climat social d'une unité. A ce titre, on peut citer les ratios relatifs à l'absentéisme et au turn-over. Lorsque le taux de turn-over d'un service est important, il est souhaitable que l'encadrement réfléchissent aux conditions de travail et au mode de management. Un mauvais résultat de ces ratios indique souvent des lacunes auxquelles il convient d'apporter des solutions et des changements.

De même, le ratio "nombre de journées de formation par agent" met en évidence les services qui font un effort de formation pour ses agents et ceux qui restent plus réfractaires à envoyer leur personnel en formation.

Le taux d'accident du travail permet d'apporter des éléments sur les conditions de travail. C'est une information intéressante dans le cadre de la gestion des risques professionnels. A partir de cette information, des actions de préventions, des aménagements, des travaux ou des achats d'équipements peuvent être entrepris.

Des éléments structurels peuvent également être envisagés. On a ainsi intégré à l'hôpital Raymond Poincaré la "proportion d'agents à temps partiel" et le "taux d'encadrement". Ces indicateurs peuvent être la source d'ajustements. En effet, la politique actuelle de l'AP-HP est de réduire le nombre de cadres dans les services. Disposer d'indicateurs sur ce point au niveau des services va permettre de procéder à des rééquilibrages.

Enfin certaines données peuvent s'avérer être de bons outils de recrutement . En effet, il est important de veiller à la structure des unités. Ainsi il faut être vigilant sur le vieillissement du personnel dans certain service. Introduire "l'âge moyen" permet de donner des premières indications. Il est important de creuser cette donnée mais c'est un préalable. Il est évident que, dans le contexte actuel de difficultés de recrutement et de pénurie de personnel, cet indicateur perd de sa valeur.

B. LA RECHERCHE D'UNE APPROCHE MEDICALISEE

La volonté de lire les besoins en personnel au regard de l'activité s'est doublée de la volonté d'une approche médicalisée. En effet, l'utilisation des indicateurs traditionnels d'activité offre une approche que l'on peut qualifier d'administrative de l'activité d'une Unité d'Analyse, d'un centre de responsabilité ou d'un service. Cette approche n'est pas sans intérêt mais elle gagne à être complétée par une lecture plus médicale.

La recherche d'une approche médicalisée s'appuie sur deux principaux outils:

- le P.M.S.I.,
- les S.I.I.P.S.

Ces indicateurs d'activité récents dans le milieu hospitalier permettent d'avoir une vision plus pertinente de l'activité.

Inclure ces données dans les tableaux de bord de gestion sociale permet par ailleurs de gagner en légitimité. D'une part, cela permet de répondre à une attente des personnels. En effet, les informations issues du PMSI et de la méthode SIIPS confèrent un caractère moins administratif et moins technocratique à la démarche entreprise. D'autre part, cela permet de prendre en compte les particularités de prise en charge des patients et des pathologies dans les différents services. En fournissant des compléments d'informations de nature médicale et soignante, ces données donnent du relief et de la pertinence aux tableaux de bord sociaux. Elles participent à la légitimation du projet.

1. L'utilisation du PMSI en interne

a. Présentation du PMSI

Dans les années 70, les Etats-Unis ont développé une classification par groupe homogène de séjours (Diagnosis Related Groups ou DRGs), utilisée par l'administration fédérale dans le cadre du paiement forfaitaire des séjours effectués par les personnes âgées et handicapées bénéficiaires de Medicare. Son utilisation s'est étendue à partir de 1987 au court séjour, à l'ambulatoire, au moyen séjour mais aussi à la psychiatrie. Ce système a fait école à l'étranger (Europe, Australie) et notamment en France où il a été introduit après différents aménagements.

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé, publics et privés, doivent procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO).

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée confirme le rôle central du PMSI dans la maîtrise des dépenses de Santé, comme l'un des outils de référence dans la fixation des dotations régionales. La finalité du PMSI est de servir aux Agences Régionales d'Hospitalisation pour l'allocation des ressources. En effet, le code de santé publique précise que les autorités de contrôle doivent prendre en compte les données du PMSI pour établir les dotations budgétaires des hôpitaux et la politique d'organisation sanitaire. Toutefois le degré d'utilisation de cet outil est très variable d'une Agence Régionale d'Hospitalisation à l'autre.

La logique première du PMSI d'aide à l'allocation des ressources n'est pas exclusive. La reconnaissance institutionnelle d'une utilisation interne des points ISA peut trouver sa genèse dans une lettre circulaire du 22 août 1995, dans laquelle le ministre de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie, Elisabeth Hubert, s'adressant aux DRASS et DASS, signalait que "sur le plan interne, le PMSI doit enrichir les outils de gestion que constituent par exemple les projets d'établissement, ou les systèmes de gestion par centre de responsabilité. Il appelle en complément un développement rapide de la comptabilité analytique qui doit permettre aux établissements de mieux identifier les coûts des activités

et les responsabilités propres de chacun des acteurs de l'hôpital dans le processus de formation des coûts".

L'intégration au sein des tableaux de bord de gestion sociale s'inscrit dans cette logique d'utilisation interne du PMSI. Le modèle du PMSI constitue un réel progrès dans la connaissance de la "production hospitalière". La saisie d'informations médicalisées à travers le système de codification arrêté pour déterminer les pathologies traitées et les actes réalisés constitue un complément significatif aux données administratives traditionnellement utilisées telles les dénombrements des journées d'hospitalisation ou d'entrées.

L'application du système de regroupage permet de résumer l'extrême variété des cas traités dans chaque service par des éléments, les Groupes Homogène de Malades, qui synthétisent l'essentiel des coûts des activités. Il est dans ces conditions possible de comparer les coûts unitaires de services qui n'exercent pas nécessairement les mêmes activités, à partir du moment où l'unité d'œuvre retenue pour mesurer leurs activités respectives tient compte de la lourdeur économique de chaque cas traité. Chaque GHM se voit attribuer un certain nombre de points ISA (Indice Synthétique d'Activité). Le coût du GHM prend en considération les dépenses:

- Directes affectées au malade (matériel, médicaments...),
- D'actes médicaux réalisés par chaque service au cours de l'hospitalisation,
- De séjour de chaque unité (dépenses de fonctionnement, notamment de personnel),
- De restauration, blanchisserie, logistique et administration,
- De structure (amortissements, frais financiers).

En faisant la somme des points ISA des GHM d'un établissement et en divisant son budget MCO par cette somme, on obtient la valeur moyenne du point ISA de l'établissement. On peut certes comparer cette valeur aux autres établissements mais on peut également en faire une utilisation interne en pointant les services qui sont en dessous ou au dessus de la valeur moyenne. "Dès lors, dans un souci d'efficacité et d'anticipation, la tentation peut être

grande pour les directeurs d'établissement de reproduire en interne le guide régional d'allocation budgétaire sur la base des points ISA".¹⁴

En intégrant dans les indicateurs des données PMSI au sein des tableaux de bord sociaux, cela permet une légitimation de la décision du corps administratif sur les services de soins puisque la règle d'utilisation des indicateurs est objective, car externe à la structure.

b. Le choix des données pertinentes pour l'hôpital Raymond Poincaré

La volonté d'utiliser le PMSI en interne repose sur différents fondements. La Direction des Ressources Humaines et des Qualifications souhaite identifier les besoins réels des services. Les indicateurs traditionnels d'activité ne suffisent pas à renseigner sur l'activité du service. Le risque est donc de prendre des décisions ne correspondant pas à la réalité. Dès lors, il fallait s'appuyer sur des données médicalisées dont le PMSI est la source la moins contestable.

La prise en compte du point ISA est par ailleurs une demande des services qui revendiquent des "patients de plus en plus lourds" et donc des moyens humains de plus en plus importants. Or les possibilités n'étant pas extensibles, des arbitrages sont à faire.

Au sein de l'hôpital R. Poincaré, il existe une cellule MSI composée de deux personnes. Le médecin responsable du Département d'Informations Médicalisées est partie prenante au projet. Après un entretien avec ce dernier, il a été décidé que la donnée la plus pertinente était le point ISA. Il a été précisé que pour toute donnée extraite du PMSI, il convenait de tenir compte du taux d'exhaustivité. Ce dernier prend en considération la façon dont les services renseignent le PMSI. Il est révélateur de l'investissement et de l'organisation d'un service. Il est donc envisageable de moduler le point ISA en fonction du taux d'exhaustivité.

Au sein de l'établissement, le point ISA est calculé par Unité d'Hospitalisation au prorata de la durée de séjour. Un tableau est disponible à périodicité mensuel. Il était donc possible d'intégrer cette information dans des tableaux de bord à périodicité trimestrielle.

¹⁴ VINOT (D), De l'usage interne des points ISA, pertinence locale ou cohérence globale, Gestions Hospitalières, octobre 1998, pp 634-640.

2. Le développement des S.I.I.P.S.

a. Présentation de la méthode S.I.I.P.S.

Les indicateurs en soins infirmiers ont pour but:

- de connaître l'activité en soins infirmiers par une meilleure appréhension du temps passé auprès du patient pour les soins,
- d'évaluer les besoins en soins pour adapter l'allocation optimale des ressources,
- de participer à la détermination du coût des soins infirmiers.

La méthode des "Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée" est fondée sur la distinction entre:

- les soins de base,
- les soins éducatif et relationnel,
- les soins techniques.

Les soins de base concernent tout ce qui a trait à l'alimentation (boire et manger), à la locomotion et à la mobilisation (se mouvoir, se maintenir en bonne posture), l'élimination (respirer, éliminer), à l'hygiène et au confort (dormir et se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir la température dans des conditions normales, être propre, soigné...).

Les soins relationnels se divisent en deux items. Ils concernent d'une part les relations avec comme besoins fondamentaux communiquer, agir selon ses croyances et ses valeurs, s'occuper en vue de se réaliser, se divertir. D'autre part ils concernent l'éducation dont les besoins fondamentaux sont d'éviter les dangers et apprendre.

Enfin, la fonction soins techniques regroupe les actes liés à la prescription médicale pour l'application des thérapeutiques, l'aide aux diagnostics et la surveillance des traitements. Les actes de soins techniques ont été valorisés à partir d'une étude des temps de soins requis sur 24 heures pour chaque acte et reconnus professionnellement comme étant de bonne qualité, dispensés dans les meilleures conditions possibles par des infirmiers et des aides-soignants compétents.

A ces différents soins sont appliqués des coefficients de lourdeur (1/4/10/20) selon une grille établie au niveau national. Chaque semaine, il est possible d'évaluer la lourdeur d'un patient à partir des données contenues dans le dossier de soins et les transmissions. On parle alors de l'intensité moyenne des soins. C'est l'indicateur intégré dans les tableaux de bord sociaux. Cette méthode couvre l'ensemble du champ de soin en court séjour, soins de suite ou de réadaptation et en unités de soins de longue durée.

b. L'utilisation des S.I.I.P.S. à l'hôpital R. Poincaré

Le recours à la méthode S.I.I.P.S. présente un certain nombre d'atouts. C'est une méthode facile d'utilisation qui augmente peu la charge de travail. Elle permet d'adapter les besoins en personnel au sein d'un service (redéploiement de personnel en fonction de la lourdeur des patients) ou de déplacer les malades, lorsque c'est possible, d'un secteur à l'autre. Sans conteste, cette méthode a permis une reconnaissance médicale de la charge de soins et a conduit à une amélioration de la tenue des transmissions. Par ailleurs, elle complète les données du PMSI qui sont décriées en Soins de Suite et Réadaptation. Or l'hôpital Raymond Poincaré dispose d'un nombre important de lits de Soins de Suite et de Réadaptation.

Face aux insuffisances du PMSI, un certain nombre de services ont tenu à mettre en œuvre au sein de l'hôpital cette méthode (Médecine Physique et de Réadaptation, Pédiatrie). Toutefois tous les services n'y ont pas recours. Après un état des lieux, il s'est avéré que l'ensemble des services concernés par la mise en place des tableaux de bord sociaux envisageait, à l'exception d'un, la mise en œuvre des S.I.I.P.S. à une échéance proche. Dès lors, il a été décidé d'intégrer l'indicateur d'intensité moyenne des soins en complément du point I.S.A.

La mise en place des tableaux de bord sociaux pourra être une forme d'encouragement à la méthode des S.I.I.P.S. L'objectif premier n'est certes pas de forcer les services à recourir à cette méthode. Toutefois, à partir du moment où certains services pourront fonder leur activité soignante sur des critères objectifs, le rôle d'entraînement est prévisible. On voit dès lors que l'introduction d'un contrôle de gestion en matière de ressources humaine peut être source d'évolution et de changement. Sans rien imposer, il est possible d'influencer.

Le contenu des tableaux de bord sociaux (**Annexe 4**) a donc été défini en cherchant à répondre aux besoins de l'établissement. A ce titre, ils correspondent à une stratégie ponctuelle. Ils sont donc appelés à évoluer.

Plus que le contenu des tableaux de bord sociaux qui va fluctuer en fonction des nouvelles attentes et exigences, l'intérêt de l'émergence d'un contrôle de gestion à l'hôpital Raymond Poincaré se trouve dans la démarche suivie par la direction.

Cette démarche largement participative peut permettre d'envisager d'autres conséquences en matière de gestion et de management que la seule utilisation des tableaux de bord en tant qu'outils d'aide à la décision en matière de répartition des effectifs. Elle peut donner un nouveau souffle et un nouveau contenu aux relations dans l'établissement.

III. D'UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE AU PARTAGE DE L'INFORMATION

Encourager une démarche participative dans le cadre de la mise en place d'un tel projet est absolument nécessaire. S'engager dans une telle démarche permet d'agir sur trois points:

- Eviter de faire du contrôle de gestion et des tableaux de bord de gestion sociale un objet d'angoisse,
- Améliorer la pertinence de l'outil,
- Accroître la légitimité de l'émergence d'un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines.

En effet, les termes de contrôle de gestion, tableaux de bord ont des connotations peu rassurantes, surtout dans le domaine des ressources humaines. La possibilité de mettre en œuvre une démarche intégrant les acteurs les premiers concernés permet de répondre aux interrogations. Cela évite que les personnels s'inquiètent d'éventuelles dérives ou perçoivent dans les tableaux de bord une menace tout en limitant les fantasmes et suspicions.

Favoriser les échanges avec les personnes de terrain est un gage de pertinence de l'outil. D'une part cela permet d'avoir un avis concerté sur les données à intégrer ou à ne pas intégrer dans les tableaux de bord. D'autre part, la participation des acteurs dans la phase d'élaboration du projet permet d'espérer qu'ils renseignent les tableaux avec plus de conviction.

Le dialogue et la pertinence des données permettent à leur tour de légitimer l'introduction d'un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines. Le processus de légitimation est donc multiple. La démarche

participative permet de justifier les tableaux de bord de gestion sociale qui eux même sont un des fondements objectifs des décisions prises par la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications.

Parallèlement à la démarche de projet, l'émergence d'un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines par la mise en place de tableaux de bord sociaux par service peut se "révéler être un excellent outil de remise en question quant aux pratiques de gestion"¹⁵. Elle peut avoir un rôle pédagogique et fédérateur.

L'introduction de ces nouveaux outils permet de renouveler le dialogue entre services administratifs et services médicaux. On peut espérer que ce dialogue prenne une forme différente dans la mesure où les tableaux de bord favorisent l'émergence d'un langage commun. Les différents acteurs intervenant dans la sphère des ressources humaines pourront s'appuyer sur des informations partagées.

Cette volonté de provoquer le changement est perceptible au sein de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications de l'hôpital Raymond Poincaré. L'administration souhaite profiter de l'introduction des tableaux de bord de gestion sociale pour donner un nouveau souffle au projet de contractualisation interne.

Il convient d'avoir à l'esprit que les outils de pilotage ne portent pas leur fin en eux-mêmes, mais ne valent que par la dynamique d'apprentissage collectif qu'ils déclenchent et alimentent. Ils ne sont que "prétextes à être intelligents ensemble".

Dans ces conditions, la production des données de type tableaux de bord doit être réalisée dans le cadre d'une procédure largement participative faisant en particulier intervenir les utilisateurs à tous les stades d'élaboration.

¹⁵ LETEURTRE (H), les tableaux de bord sociaux, Gestions Hospitalières, mai 1995, pp.416-421.

A. LA GESTION DE PROJET

L'introduction de tableaux de bord sociaux doit s'accompagner d'un effort particulier de communication en interne et d'association des personnels concernés. Elle doit répondre aux critères d'une démarche de projet.

La méthodologie retenue dans le cadre de l'hôpital Raymond Poincaré repose sur trois éléments fondamentaux:

- La constitution d'un groupe de travail,
- L'élaboration d'un calendrier,
- La validation par les instances.

Ces trois éléments n'ont pas été mis en œuvre dans un but purement formel, afin de répondre à des exigences théoriques. La démarche se voulait au contraire pragmatique et sincère. Certes, les tableaux de bord sociaux étaient avant tout reconnus comme outil privilégié de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications, mais l'objectif est d'en faire un support de travail commun à la direction et aux cadres des services de soins. Dès lors, l'avis des futurs utilisateurs était indispensable.

De même, l'élaboration du calendrier a été faite en gardant en mémoire l'impact psychologique que représentent des échéances. Dès lors, cette élaboration a elle aussi été placée sous le signe du réalisme et du pragmatisme.

Enfin, la validation par les instances participe à la légitimation du projet et à la démarche de transparence qui sous-tend toute la mise en œuvre du contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines dans l'établissement.

1. La constitution d'un groupe de travail (Annexe 5)

La constitution d'un groupe de travail est toujours un sujet délicat. La première source de difficulté réside dans le choix des personnes et la deuxième dans la définition des missions que l'on souhaite confié à la structure.

a. Le choix des personnes

Le choix des personnes a été guidé par un souci de réalisme. En effet, les hôpitaux souffrent de la multiplication des "groupes de travail" engendrant une multitude de réunions. Il faut en effet garder à l'esprit que le but d'un groupe de travail est de travailler ensemble et donc nécessairement de se réunir.

Dès lors, il a été décidé que ce groupe ne devait pas être trop étoffé. En multipliant le nombre de participants, on multiplie les difficultés à organiser les réunions de travail, le risque d'absence. Par ailleurs, la structure manquera certainement dans ce cas de flexibilité. Par ailleurs un nombre important de participants n'est pas propice à l'expression. Certaines personnes n'aiment pas s'exprimer devant un nombre important de personnes. Il est plus difficile de mener la réunion. Le risque est de voir les discussions s'éparpiller.

Dans ce contexte, le choix retenu à l'hôpital Raymond Poincaré a été celui d'un groupe relativement restreint afin de ne pas démobiliser les énergies. Toutefois, il ne s'agissait pas de sacrifier la représentativité. Il ne fallait pas tomber dans l'excès inverse. L'écueil d'un groupe se privant de personnes ressources aurait été tout autant préjudiciable au projet. Ce dernier aurait perdu en efficacité et légitimité.

Le groupe est constitué de 15 personnes. Ces personnes représentent différents services de l'hôpital concernés par la mise en place des tableaux de bord tant administratifs que techniques ou cliniques:

- 4 personnes de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications,
- 2 personnes de la Direction des Services Financiers et Logistiques,
- 2 personnes du Service Informatique Local,

- 2 personnes de la cellule de Médicalisation des Systèmes d'Informations,
- la Directrice des Soins Infirmiers,
- 4 cadres des services cliniques.

Le choix des personnes a été guidé par leur rôle dans la mise en place des tableaux de bord ou l'intérêt qu'elles peuvent en retirer. La présence de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications coule de source. Elle est l'initiatrice du projet, elle garantira la tenue des données et le principal bénéficiaire. C'est en son sein qu'une personne sera chargée du contrôle de gestion. Elle aura pour mission la mise à jour des données, la parution des tableaux de bord et leur diffusion trimestrielle. Elle pourra également assurer l'organisation des réunions du comité de suivi.

La représentation de la Direction des Services Financiers et Logistiques se justifie par l'intégration dans les indicateurs des tableaux de bord de données relatives à l'activité. En effet, ce sont ces services qui ont en charge la tenue des informations traditionnelles relatives à l'activité (lits ouverts, journées d'hospitalisation). Par ailleurs, parallèlement à l'émergence d'un contrôle de gestion en matière de ressources humaines, la Direction des Services Financiers et Logistiques souhaite mettre en œuvre à son tour un contrôle de gestion en son sein. Il paraît donc intéressant de les associer à cette expérience. Le projet de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications peut leur servir d'exemple dans la démarche dans un premier temps. Dans un second temps, il sera pertinent de pouvoir compléter et croiser des éléments. A terme, il sera peut-être envisageable de créer une véritable cellule de contrôle de gestion intégrant les différents paramètres et sources d'informations.

Le Service Informatique Local doit jouer un rôle essentiel dans la mise en place du projet. En effet, l'efficacité du système d'informations est un préalable incontournable à l'introduction des tableaux de bord. La volonté exprimée au niveau de la direction insistait sur la nécessité de ne pas entraîner une surcharge de travail trop importante. Il fallait que les informations soient exploitables sans avoir à ressaisir les données. L'option retenue a donc été celle de l'installation d'un infocentre local qui compile les données relatives à la gestion du personnel et à l'activité. Ces informations peuvent être extraites sous forme de requêtes et

transposées dans un tableau excel. Le travail consiste donc à créer les requêtes à partir des indicateurs souhaités afin d'être transférés directement dans les Tableaux de Bord Sociaux.

La recherche d'une approche médicalisée nécessite d'extraire des données du PMSI telles que la production des points ISA, le coût du point ISA en tenant compte du taux d'exhaustivité. La collaboration de la cellule MSI constituée d'un médecin responsable du Département d'Information Médicalisées et d'une référente est donc nécessaire. Par ailleurs, ces personnes sont capables de traduire l'activité décrite dans le PMSI en terme de pathologies, de prise en charge et de lourdeur. Ils apportent donc un éclairage particulièrement intéressant pour une meilleure allocation des moyens. De plus, la cellule MSI a également dans ses attributions la compilation des S.I.I.P.S.

La Direction des Soins Infirmiers doit être un interlocuteur privilégié. En effet, la recherche d'une meilleure allocation entre l'activité et les effectifs est une préoccupation partagée de la Direction des Ressources Humaines et des Qualification et de la Direction des Soins Infirmiers. Cette préoccupation partagée est d'une actualité particulière dans le contexte de pénurie de personnel soignant et de la difficulté corollaire de recrutement. De plus, il est important d'associer la Direction des Soins Infirmiers à cette démarche pour une meilleure acceptation des Tableaux de Bord. Il serait diplomatiquement maladroit d'éloigner cette direction de la mise en place, sans compter que l'on se priverait d'un point de vue professionnellement important.

Tout comme il serait maladroit d'exclure la Direction des soins infirmiers, il convient d'avoir l'avis des cadres sur la mise en place d'un contrôle de gestion grâce aux tableaux de bord sociaux. Les cadres des services concernés seront destinataires du relevé trimestriel. Il convient donc de mettre des outils qui pourront également servir à leur gestion en interne. La volonté est de mettre en place un outil utile en premier lieu à la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications mais qui puisse en deuxième lieu être un outil pour les cadres.

La mise en œuvre d'un langage commun implique que les différentes parties se mettent d'accord sur les différents indicateurs. Ainsi, des données qui ont pu paraître pertinentes aux uns peuvent sembler superficielles aux autres. De même, des ratios fondamentaux ont pu être oubliés.

Il convient de préciser qu'au sein de l'établissement les cadres sont demandeurs de ce genre d'indicateurs. Il n'a donc pas été difficile de trouver des volontaires pour participer à cette expérience.

b. Les missions du groupe de travail

Les missions du groupe de travail sont triples :

- Rôle consultatif ,
- Validation du projet avant présentation,
- Rôle de suivi.

La première mission assignée au groupe de travail constitué est consultative. En effet, il était inenvisageable de mettre en place un outil sans consulter les principaux utilisateurs. La première phase de travail était certes interne à la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications, mais il convenait d'avoir l'avis des acteurs du contrôle de gestion.

Cette première phase d'approche du sujet en interne était néanmoins nécessaire. Elle a permis de cadrer les débats et d'affiner la réflexion sur ce que l'établissement souhaitait réellement mettre en place en tenant compte des besoins exprimés. La deuxième phase consistant à exposer le travail effectué à la critique était tout autant primordiale. Elle permet de prendre du recul et d'éviter l'écueil de tableaux de bord sociaux déconnectés des besoins et des possibilités techniques.

Après la phase de travail en commun, il est essentiel que le comité de pilotage valide les tableaux de bord. Cela permet une forme de légitimation du travail accompli. Sans cette validation, il ne faut pas compter sur une acceptation des professionnels. Cette validation seule ne sera pas la source exclusive de légitimité. Mais elle en fait partie car elle est la première ébauche d'un langage commun entre différents interlocuteurs :

- Services administratifs entre eux,
- Services administratifs et services cliniques,
- Services cliniques entre eux,
- Administration et cadres soignants.

La validation par le groupe de travail est le préalable à toute présentation du projet sur l'établissement. Le travail du comité de pilotage ne s'arrête pas avec la mise en place effective des tableaux de bord sociaux. Il se perpétue au-delà. En effet, l'objectif du contrôle de gestion est d'être adapté aux besoins de l'établissement. Les outils doivent être perpétuellement adaptés au contexte et donc renouvelés pour pouvoir réellement écouter vivre la structure. L'adaptation des tableaux de bord sociaux s'inscrit dans la démarche de pragmatisme initiée à l'hôpital Raymond Poincaré. C'est un gage de légitimité et de crédibilité. Le groupe de travail pourra donc faire des propositions en cas de besoins ponctuels ou structurels. Il pourra suggérer de nouveaux indicateurs. Cette possibilité offerte sera d'autant plus utilisée et pertinente que des cadres des services, la Direction des Soins Infirmiers et la cellule MSI ont été associés à la démarche.

La création du groupe de travail a toutefois pris en compte un paramètre. Tout comme la volonté de préserver une certaine souplesse a été exprimée, l'exigence d'éviter toute surcharge de travail des cadres a été mise en évidence. En effet, les cadres des services de soins ont été très sollicités ces derniers temps au sein de l'hôpital. La procédure d'accréditation, la mise en place de la Réduction du Temps de Travail ont engendré une multiplication des réunions et l'accaparement des cadres pour des tâches administratives. Il était donc important de rassurer les participants au groupe de travail en leur soulignant que leur rôle serait d'apporter des avis et des idées mais qu'en aucun cas ils n'auraient, en dehors de leur présence aux réunions, un travail supplémentaire à faire. Il était primordial de montrer que c'était la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications qui se chargeait par l'intermédiaire de son responsable du contrôle de gestion, de tenir les données à jour.

2. L'élaboration d'un calendrier

Une démarche de projet doit pouvoir s'appuyer sur des échéances prévues à l'avance. L'élaboration d'un calendrier (**Annexe 6**) est donc nécessaire.

Cette élaboration a été guidée par trois principes :

- La volonté d'élaborer un calendrier réaliste,
- La prise en compte des aspects techniques,
- La définition d'une date butoir.

a. La volonté d'un calendrier réaliste

La volonté d'élaborer un calendrier réaliste repose sur l'idée de pragmatisme qui gouverne la démarche. Il convenait d'éviter toute démesure. Le projet élaboré nécessite un certain temps de mise en place.

La première phase de réflexion est relativement longue car il faut prendre connaissance des différents outils utilisés sur l'établissement, avoir une idée des éléments qui peuvent potentiellement être utilisés. Consacrer un temps suffisant à l'état des lieux permet d'éviter de "réinventer la poudre".

Il convient également d'avoir la vision la plus juste possible du système d'information. Cela permet de prendre en compte les possibilités offertes par les outils en place dans l'établissement. A partir de cet état des lieux du système d'information, l'établissement peut soit s'appuyer sur l'existant soit envisager de compléter le système par de nouveaux outils. C'est le parti pris à l'hôpital Raymond Poincaré qui a décidé de se doter d'un infocentre. L'évaluation des aspects techniques ne doit pas être négligée. La pertinence du système d'informations est un préalable incontournable de la mise en place d'un contrôle de gestion.

Lors de l'élaboration d'un calendrier, il est essentiel de s'assurer de sa faisabilité et de son réalisme. Il est important de s'assurer de la pertinence des échéances retenues. Il est important de pouvoir montrer que le projet envisagé évolue en suivant les indications de l'agenda. La tenue des délais est une source importante de motivation pour les acteurs du projet. Il est difficile de mobiliser les personnes lorsqu'elles ne voient pas le travail avancer, lorsqu'elles ne voient pas les fruits de leur réflexion aboutir. Cet élément est à prendre en considération tant il est difficile de réussir à donner une impulsion nouvelle à des personnes démotivées. Le respect des objectifs fixés a sous-tendu la concrétisation du calendrier.

b. L'intégration du projet pour les prochains budgets de service

Il est toutefois important de déterminer une échéance qui est source de motivation. L'échéance fixée au sein de l'établissement est double.

La première échéance est la finalisation du projet pour la fin de l'année 2002. Tous les aspects techniques et théoriques doivent être validés.

La deuxième échéance est l'utilisation effective des Tableaux de Bord Sociaux. Le baptême est prévu pour les budgets de service 2003. Au cours du premier trimestre 2003, la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications souhaite s'attacher à remplir les tableaux de Bord pour avoir des critères objectifs pour arbitrer l'allocation des moyens dans le cadre des conférences budgétaires de service pour 2003. Cette application sera le premier test "grandeur nature" des tableaux de bord sociaux en tant qu'outil d'aide à la décision.

c. Un Calendrier tributaire des impératifs techniques

Comme précédemment précisé, il est indispensable que le contrôle de gestion puisse s'appuyer sur un système d'information performant.

Dans ce contexte, l'hôpital Raymond Poincaré a souhaité se doter d'un outil récent permettant de recueillir des données sûres et pertinentes. Cet outil est disponible par le biais d'un infocentre qui est géré par le siège. Cet infocentre puise ses informations dans les applications locales des hôpitaux.

Le logiciel de gestion du personnel au niveau de l'AP-HP s'intitule GIPSIE. Toutes les données concernant le personnel, ses présences, ses absences, sa carrière sont contenues sur ce support. Ce sont les établissements qui le tiennent à jour.

Outre le logiciel du personnel, l'application GILDA contient les données relatives à l'activité. Ces informations peuvent être également retraitées par infocentre.

La mise en place d'infocentre au niveau de l'établissement requière des préalables techniques. Ces adaptations nécessaires au niveau local ont été précisés lors d'une réunion en septembre 2002. Les pré-requis ont donc été étudiés par le service informatique local.

En attendant que les outils informatiques soient mis en place sur l'hôpital Raymond Poincaré, les possibilités offertes par l'installation d'infocentre ont pu être visionnées grâce à une démonstration à la Direction des Services Informatiques du siège de l'AP-HP. Cette démonstration nous a permis d'identifier le type de requêtes qui pouvaient être faites à partir d'infocentre. Ainsi, il est possible de croiser de nombreuses données. On peut ainsi imaginer que sur des points ponctuels, des études précises, la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications puissent se servir de cet outil assez facilement pour avoir les informations pertinentes sur le sujet observé.

Infocentre permet dans le cadre des Tableaux de Bord Sociaux de compter sur des données fiables. La possibilité, par l'intermédiaire de requêtes, de transférer des données directement sur un tableau Excel limite, le risque d'erreur lié à la retranscription.

La mise en place d'un infocentre est par ailleurs une source de gain de temps important. Les données n'ont pas besoin d'être ressaisies. Il suffit de programmer la requête pour une date déterminée et les données sont automatiquement transférées.

Toutefois, la maîtrise du système d'informations nécessite des connaissances et un savoir-faire. Il convient d'avoir des personnes ressources. En effet, faire des requêtes sur un infocentre pour permettre des transferts de données dans un tableau excel nécessite de prévoir au minimum les formations d'une personne au sein de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications (le responsable du contrôle de gestion), d'une personne au sein de la Direction des Services Informatiques, d'une personne au sein de la Direction des Services Financiers et Logistiques.

Il convient donc d'inclure un temps d'adaptation nécessaire pour la bonne pratique de l'outil.

3. La validation par les instances

La validation par les instances est souvent le passage obligé d'une démarche de projet. Dans le cadre du projet de mise en place d'un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines par l'introduction de tableaux de bord sociaux par service, cette validation revêt une importance particulière.

La validation du projet au sein des organes décisionnaires et consultatifs de l'hôpital est un gage de transparence et de dialogue. Cela permet de désamorcer des sources d'incompréhension sur l'objet du projet. Celui-ci ne doit pas être perçu comme un épouvantail propice à tous les fantasmes.

a. Validation du projet après avis du groupe de travail

Les phases de la validation du projet sont doubles:

- Présentation à la direction,
- Présentation aux instances,

Avant d'être présenté aux instances, le projet validé par le groupe de travail doit être présenté à l'équipe de direction. Cette présentation permettra un dialogue au sein de l'équipe qui permettra des réponses cohérentes au sein des différentes directions en cas de questionnements sur le sujet.

Après cette première présentation, le projet a l'aval pour être présenté devant les différentes instances:

- Commission consultative médicale,
- Commission de surveillance,
- Comité technique local,
- Commission locale des services de soins infirmiers.

La présentation à la Commission Consultative Médicale se justifie par l'intégration des informations issues des Tableaux de Bord Sociaux dans les discussions lors des conférences budgétaires de service. Il est important de faire preuve de transparence pour éviter le rejet de l'outil au moment des conférences budgétaires de service. Il faut "préparer le terrain".

La commission de surveillance doit être informée de l'émergence d'un contrôle de gestion dans le domaine des ressources humaines. C'est peut-être l'organe le moins concerné par la mise en place. Toutefois, dans la mesure où le projet touche un domaine sensible, il est important que le thème soit abordé devant une instance qui regroupe tous les acteurs de l'hôpital.

Le comité technique local est certainement l'instance qui doit être informée prioritairement. Il est primordial de faire passer une information claire et cohérente aux organisations syndicales pour désamorcer les conflits. Leur positionnement est assez incertain. En effet, elles réclament des outils de suivi de ce type. L'évaluation de la charge de travail et des effectifs réels dans les services est une de leur demande. Les syndicats souhaitent pouvoir disposer d'informations objectives sur le sujet. Cette volonté pourrait permettre d'être assez serein

Néanmoins, les termes de contrôle de gestion, de mise en adéquation des moyens et de l'activité peuvent inquiéter. Les résultats peuvent être ceux qui n'étaient pas attendus, dès lors il existe un risque de remise en cause. Il convient donc de rester prudent quant à la position des syndicats. Une présentation du projet au comité technique local permet d'officialiser un projet souhaité. La validation n'est pas une étape obligatoire dans la mesure où sa mise en œuvre dépend de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications. Toutefois le projet y gagnerait en légitimité et par là - même les décisions et arbitrages qui en découleraient.

Enfin, il serait bien que la Direction des Soins Infirmiers présente les tableaux de bord et leur utilisation aux cadres des services de soins en commission locale de services de soins infirmiers. Cette présentation sera d'autant plus facile à faire que la directrice des soins infirmiers est intégrée au groupe de travail. Elle connaîtra donc bien le sujet et en appréciera la légitimité. Les cadres des services doivent être informés de l'existence d'un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines. C'est un élément qui est amené à prendre de plus en plus de place dans les décisions et arbitrages de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications. En affichant des critères objectifs et transparents, il n'y aura pas de surprises. Par ailleurs, la diffusion des tableaux de Bord est une invitation à l'utilisation. Si l'outil a été conçu pour la

Direction, cela n'empêche pas un double emploi pour la gestion interne des services.

b. Présentation du projet aux cadres des services concernés

Outre la présentation faite par la directrice des soins infirmiers, il est important que la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications apporte un éclairage sur l'utilisation des tableaux de bord sociaux. Cette présentation pourra faire l'objet d'un point particulier en réunion d'encadrement. Ces réunions, organisées par le directeur de l'établissement, ont lieu une fois par mois. C'est l'occasion d'une discussion entre l'administration et les cadres de tous les secteurs de l'hôpital. Certes, seuls les services cliniques sont dans un premier temps appelés à participer à ce projet. Néanmoins, le contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines sera amené à être développé dans les autres secteurs.

La présentation en réunion d'encadrement a une visée pédagogique. Le but est de présenter le concept, l'outil et l'intérêt partagé de la mise en place des tableaux de bord sociaux.

Il est important de présenter la démarche et l'utilité pour la direction des ressources humaines de pouvoir appuyer ses décisions sur des éléments objectifs. Il convient donc de décortiquer les différentes étapes d'élaboration du projet en soulignant l'aspect participatif de la démarche et la validation par les instances. Montrer que des professionnels ont été consultés légitime en partie l'outil. Insister sur cet aspect permet de mettre en évidence l'importance de la réflexion et le temps accordé au projet.

La présentation de l'outil doit permettre de justifier les différents critères retenus. Il est essentiel de profiter de ce moment pour insister sur la recherche de mise en adéquation entre activité et moyens humains. L'approche médicalisée et soignante de l'activité devra être particulièrement soulignée à cet instant là afin de légitimer la démarche. La dimension pragmatique du projet pourra permettre de répondre à une attente réitérée des personnels soignants.

La réunion doit également permettre de mettre en évidence que les tableaux de bord sociaux peuvent avoir un intérêt partagé. D'une part, ils peuvent être utilisés en interne par les services. Les cadres peuvent utiliser les

indicateurs pour une politique interne au service, pour redéployer le personnel dans les différents secteurs, pour ajuster et justifier leur besoins en personnel. D'autre part, les tableaux de bord sociaux vont permettre à l'administration et aux personnels soignants de parler la même langue.

B. LE PARTAGE DES INFORMATIONS : UN PAS SUPPLEMENTAIRE DANS LA CONTRACTUALISATION

Autre élément d'une démarche participative, les tableaux de bord sociaux sont des outils de partage de l'information et peuvent apparaître comme un préalable à un début de contractualisation.

En effet, les tableaux de bord sociaux peuvent être l'occasion d'introduire de nouveaux rapports entre les acteurs du monde hospitalier. "Ils apparaissent comme des stimulants intellectuels et des outils pédagogiques et fédérateurs culturels"¹⁶. Ils sont fédérateurs de culture car ils permettent par leur construction mais aussi par leur nécessaire homogénéité, de créer un langage commun à partir d'outils partagés autour desquels peut s'organiser une communication non cloisonnée.

Les tableaux de bord ont un rôle pédagogique car l'outil lui-même introduit aux méthodes de gestion. Par exemple, le fait de considérer (et d'inclure dans le tableau) le turn-over interne comme un dysfonctionnement social doit inciter chaque responsable de service à le surveiller mais aussi à comprendre les raisons d'une variation de ce paramètre.

La présentation et la validation du projet permet donc d'insuffler une nouvelle dynamique. En cela les tableaux de bord peuvent apparaître comme des outils d'introduction au changement. L'émergence d'un contrôle de gestion permet de gérer autrement. Les reconnaissances permettent de développer une nouvelle forme de gestion reposant sur un langage commun. Favoriser la mise en place d'indicateurs communs est la source d'un dialogue plus transparent et plus pertinent.

L'utilisation de tableaux de bord sociaux peut permettre d'envisager un début de contractualisation dans l'établissement à deux titres. D'une part, la mise en place d'indicateurs partagés permet de partir sur des fondations communes. L'administration et les services disposent donc d'informations

¹⁶ LETEURTRE (H), les tableaux de bord sociaux, Gestions Hospitalières, mai 1995, pp 416-420.

objectives. D'autre part, l'émergence d'un contrôle de gestion permet un contrôle interne de données. A posteriori, il est possible de vérifier si les choix négociés ont été infirmés ou pas, si le contrat passé a été respecté.

1. Ecarter l'approche technicienne

L'introduction d'outils de contrôle de gestion ne doit pas s'accompagner d'une vision technicienne des ressources humaines. Il convient de conserver l'aspect humain des relations. Aussi, il est essentiel de préserver le rôle central du directeur en matière d'arbitrage d'une part et une approche réaliste dans la démarche d'autre part.

Ce sont les conditions préalables au partage de l'information.

a. La réaffirmation du rôle de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications

Il serait illusoire de considérer les tableaux de bord sociaux comme des réponses à toutes les attentes d'une direction des ressources humaines ou des personnels. Il ne s'agit pas de considérer la mise en place d'un contrôle de gestion comme un gage de « juste décision ».

Il est courant de considérer les outils de gestion comme des outils scientifiques dont la légitimité découlerait de leur conformité à la réalité qu'ils décrivent. Une approche plus modeste doit être adoptée: "la recherche d'une image fidèle à la réalité, face à la complexité des phénomènes et à la multiplicité des points de vue, apparaît assez vaine; mieux vaut dans ces conditions rechercher le pragmatisme plutôt que la perfection technique".¹⁷

En effet, il convient d'écarter toute idée d'approche technicienne. Les tableaux de bord aident certes à la prise de décision mais en aucun cas ils ne doivent faire la décision. Ainsi un seuil défini et atteint au niveau des ratios prévus pourrait dans l'absolu engendrer une action immédiate ou « automatique ».

Il est essentiel d'éviter cet écueil et de rendre à la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications son rôle d'arbitrage. Les tableaux de

¹⁷ GOTTMANN (J), *La politique de contractualisation dans le secteur hospitalier*, thèse, 2002, 300 p.

bord sont un support à la décision, un outil d'aide mais ne doivent en aucun cas être érigés en « système de décisions ».

Les systèmes de gestion ont donc un rôle purement instrumental par rapport à un impératif: apprendre à mieux maîtriser l'action collective. Leur efficacité est en général relative au type de situation rencontré et à l'état de l'environnement. "Ils n'ont pas de raison de survivre aux changements de stratégie: ils sont relatifs et temporaires; ils ne reprographient pas la réalité mais soutiennent l'action"¹⁸.

Comme rappeler précédemment, les décisions jusque là prises dans le domaine des ressources humaines reposaient sur l'expérience, l'intuition et la connaissance de la structure. La dimension humaine doit être préservée. Les tableaux de bord doivent rester des outils d'introduction du changement dans les méthode de gestion et de management. Ils ne doivent pas devenir le pivot d'un système de données scientifiques irréfutables excluant toute forme de subjectivité. Ils gagneront en légitimité et crédibilité en restant à une place modeste.

Eviter une approche absolue du contrôle de gestion permettra à la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications de justifier à double titre ses arbitrages. D'une part, elle pourra s'appuyer sur des données objectives, ce qui crédibilisera ses décisions. D'autre part, le fait que l'action qui en découle repose sur des discussions et la connaissance du terrain montre que la décision prise n'incombe pas à un ordinateur. Identifier la prédominance de l'homme en matière de gestion des ressources humaines et d'arbitrage dans ce domaine est essentiel pour limiter les critiques et conserver sa crédibilité.

b. La primauté au pragmatisme

De plus, il est important de souligner que la démarche de mise en place des tableaux de bord sociaux compte plus que le fond. La démarche participative permet d'engager des réflexions sur l'organisation de la gestion des ressources humaines. Elle a permis de mettre autour d'une table administratifs et cadres soignants sur le sujet extrêmement sensible de la répartition des personnels entre services.

Ainsi, des personnes aux intérêts qui peuvent être contradictoires ont pu confronter leurs expériences, leurs vécus et leurs difficultés au quotidien. Ce dialogue a permis un échange sur le thème de l'adéquation entre moyens et activité. C'est un début qui semble pertinent pour envisager les mesures à prendre. Même si tout cadre soignant a une attitude très défensive en matière de personnel, engager une discussion sur ce thème est un préalable à la justification des arbitrages futurs.

La démarche sera d'autant moins qualifiée de technicienne qu'elle s'inscrit dans une logique de pragmatisme. Une volonté forte de réalisme est indissociable du projet. Cette volonté est marquée tant dans les aspects techniques (choix des données en fonction des possibilités au sein de l'établissement, prise en compte des potentialités du système d'information, prise en compte de la charge de travail supplémentaire incombant à la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications), que dans l'utilisation (clarté du tableau, périodicité trimestrielle pour éviter l'asphyxie du contrôle de gestion), ou le calendrier.

De même, l'inclusion de données médicalisées a pris en considération les possibilités du PMSI et de la méthode SIIPS. En aucun cas la direction des ressources humaines et des qualifications n'a songé à imposer la tenue de SIIPS dans l'ensemble des services concernés. Lorsque ces données seront disponibles, elles seront intégrées au tableau de bord du service concerné, sinon la case ne sera pas remplie. Par contre, il est vrai que les tableaux dans lesquels cette information figurera auront certainement plus d'arguments à faire valoir. Dès lors on peut voir comment sans imposer, il est possible de suggérer.

C'est certainement à ce stade de la réflexion, que l'on peut voir au mieux en quoi les tableaux de bord sociaux peuvent être une source important de changement. Ils peuvent permettre d'insuffler une nouvelle dynamique et dans le cas précis voir se généraliser la méthode des SIIPS sur l'établissement. Ainsi un rapide sondage m'a permis de constater que parmi les services participant au projet, tous, à l'exception d'un, envisagent, pour ceux qui n'ont pas recours à la méthode SIIPS, de mettre en place dans l'année à venir cette méthode d'évaluation de la charge de travail en soins.

¹⁸ GOTTSMANN (J), *La politique de contractualisation dans le secteur hospitalier*, thèse, 2002, 300 p.

Par ailleurs le caractère pragmatique de la démarche est illustré par sa progressivité. En effet, il n'a jamais été envisagé de mettre en place le contrôle de gestion sur l'ensemble de l'établissement. Seuls cinq services cliniques sont concernés dans un premier temps pour évaluer l'outil. Il a été décidé que l'outil serait peu à peu introduit dans d'autres services, notamment les services médico-techniques, en fonction des résultats concernant les services pilotes. Ainsi des réajustements peuvent être effectués.

La volonté de faire apparaître la dimension d'activité pour une meilleure affectation des moyens se heurte à un problème d'évaluation de l'activité. Quels critères retenir pour les services administratifs ? Comment peut-on évaluer par exemple l'activité de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications ?

La mise en place du contrôle de gestion dans d'autres secteurs de l'établissement devra donc faire l'objet d'une nouvelle réflexion. Même si tout le travail ne sera pas à refaire, la démarche sera à réitérer. En aucun cas les tableaux de bord sociaux ne pourront être plaqués. Le même effort pédagogique et participatif devra être fait au risque, dans le cas contraire, d'une mauvaise compréhension du projet.

Le pragmatisme de la démarche est certainement le meilleur atout pour la réussite du projet. Il est primordial de mettre en évidence que les tableaux de bord ne sont pas un recueil de données supplémentaires assez peu réalistes et peu utilisables.

c. L'élaboration d'informations partagées

Les tableaux de bord sociaux permettent d'insuffler du changement dans les relations au sein de l'hôpital car ils sont une source d'informations différente de celle utilisée jusqu'à maintenant.

La démarche participative qui a dominé la conduite de projet a permis d'élaborer un langage commun. Désormais administration et services peuvent appuyer leur dialogue sur des bases partagées. Mais surtout, ils disposent des mêmes informations. En effet, la diffusion des tableaux de bord marque une volonté de transparence.

On peut donc espérer un lissage progressif des relations entre la Direction des ressources Humaines et des Qualifications et les services. Les difficultés de communication reposent en partie sur des incompréhensions et un perçu différent des problèmes. Il ne s'agit pas de croire que les tableaux de bord sociaux vont gommer l'ensemble des sources d'incompréhension mais ils vont améliorer les fondements des négociations.

S'ils ne sont pas un "remède miracle", les tableaux de bord de gestion sociale jettent les bases de nouveaux rapports que l'on peut espérer plus "responsables" et moins "passionnels". Ce lissage des relations est notamment envisageable grâce aux possibilités de comparaisons qui vont découler de l'émergence d'un contrôle de gestion.

Le partage de l'information par le biais d'outils communs aux différents services et leurs diffusions va permettre aux services de se situer les uns par rapport aux autres. Les services les mieux dotés ne pourront décemment pas revendiqués trop fort des moyens supplémentaires à l'inverse des unités les moins bien dotés. A partir de ce constat, il reviendra à la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications de prendre les décisions qui s'imposent.

Les arbitrages rendus ne devront pas toutefois déséquilibrer la structure. On sait combien il est difficile de prendre le personnel d'un service pour le mettre dans un autre. Les décisions devront être prises progressivement. Il ne s'agit pas de bouleverser l'organisation des services au risque de voir le contrôle de gestion décrié. Mais il ne s'agit pas non plus de rester inactif au risque de voir tout autant les tableaux de bord se décrédibiliser. Les mesures doivent donc être prises en douceur par des non remplacements de départ à la retraite par exemple. Il faut profiter du turn-over pour restructurer progressivement et éviter ainsi les heurts.

En facilitant les comparaisons grâce à un langage commun, le partage de l'information conditionne un nouveau mode de relation dans l'établissement. Les changements de mode de gestion au sein de l'hôpital permet d'espérer des évolutions plus profondes du management. Ainsi, la mise en place de tableaux de bord sociaux par service permet d'envisager un approfondissement de la contractualisation interne au sein de l'établissement. L'inscription de la démarche dans une optique pragmatique facilitera cette volonté. La direction de l'hôpital

Raymond Poincaré favorise déjà une forme de contractualisation interne au moment des budgets de service. L'émergence d'un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines vient compléter le système en place.

2. Un pas supplémentaire dans la contractualisation interne

La contractualisation procède d'un nouveau mode relationnel entre les autorités de contrôle et les établissements d'une part, et à l'intérieur des établissements d'autre part. A chaque unité est fixé un ensemble de missions, d'objectifs, et alloué après négociation et contrat, un ensemble de ressources et de moyens qui font, tant du point de vue de leur utilisation (en termes quantitatifs ou qualitatifs) que pour ce qui concerne leurs coûts, l'objet d'une évaluation permanente sur la base d'indicateurs fiables et reconnus par tous.

La nécessité d'évaluer rend indispensable la mise en œuvre d'un système d'information hospitalier consolidé nécessaire pour mieux connaître l'activité hospitalière et donc mieux l'évaluer, puis mieux l'orienter. Ce système d'information et d'évaluation doit être affirmé comme un préalable incontournable.

a. Les tableaux de bord sociaux, un préalable à un renforcement de la contractualisation interne?

La question centrale qu'il convient alors de poser est la suivante : dans quelle mesure la mise en place d'un système d'analyse fiable peut-il favoriser la contractualisation ?

L'état des lieux en la matière est particulièrement sombre dans le secteur hospitalier. Ce diagnostic est porté de manière unanime par l'ensemble des gestionnaires hospitaliers et des spécialistes de la question¹⁹. Ainsi P. ANHOURY et S. COINTEMENT ont-ils pu écrire que « *la plupart des établissements ne disposent pas aujourd'hui des éléments d'information nécessaires, d'une part*

¹⁹ Une étude de la SANESCO conduite en 1998 concluait que seuls 40% des hôpitaux avaient mis en place un schéma directeur informatique.

pour négocier leur financement avec les agences régionales, et d'autre part pour allouer de façon pertinente les ressources en interne »²⁰.

On doit faire face à d'importants retards sur le plan informatique (à la fois du fait de l'offre, très fluctuante au gré des rachats et des fusions, et du fait de la demande : les études officielles montrent que les investissements hospitaliers devraient au moins doubler dans les années qui viennent, simplement pour rattraper le retard accumulé dans le domaine informatique) ainsi qu'à une regrettable hétérogénéité des sources d'information. On observe en effet désormais une profusion d'indicateurs : financiers, comptables, d'activité et de qualité. Cette abondance rend impératif des opérations de tri et de sélection des informations nouvelles pour leur donner un sens, ce qui est la raison d'être de l'informatique.

Dans tous les cas de figure, les données ne peuvent pas être utilisées de manière brute, ne serait-ce que du fait des multiples problèmes d'imputabilité des charges que l'on rencontre systématiquement dans une structure aussi complexe que l'hôpital. Dans ces conditions, l'analyse des données restituées par le système d'information s'impose ; ce temps d'analyse, qui doit associer la direction, les médecins et les soignants²¹, est à privilégier parce qu'il fait entrer de plain-pied dans la logique contractuelle. En effet, il conduit les responsables de terrain à s'approprier ces informations et à mieux comprendre l'impact qu'ils peuvent avoir dans l'évolution de ces résultats.

Ces précautions ont été clairement définies et synthétisées par V. FAUJOUR et M. PENAUD : *« Toute cette information matière brute pour comprendre et analyser notre activité, mais aussi pour ne pas prendre de décisions aveugles, ne peut pas non plus être diffusée sans retraitement et validation. Il faut aussi savoir qui doit être destinataire, quand, comment et pour quoi faire. Sans organisation de leur mode de diffusion, ces nombreux flux d'information sont aussi inutiles que coûteux, faute d'une exploitation efficiente*

²⁰ ANHOURY (P.) et COINTEMENT (S.), « Le contrôle de gestion, d'une logique budgétaire à la gestion des performances », *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 1998, pp. 403-407.

²¹ BONIS (J.), "Les rôles managériaux des directeurs, des médecins et des cadres soignants dans les hôpitaux français", *Gestions hospitalières*, n° 333, février 1994.

et rapide, car aujourd'hui, notre capacité de réaction conditionne notre performance »²².

En somme, en l'absence de système d'information cohérent, les données resteront toujours contestables et partielles, ce qui rendra le dialogue particulièrement difficile. A l'inverse, la mise en place de cet outil permettra aux différents acteurs de progresser, ensemble, à partir d'éléments objectifs partagés²³, dans l'amélioration de ces résultats. Par la même occasion, c'est l'action collective dans sa globalité qui s'en trouvera améliorée, dans la mesure où les analyses de terrain auront une influence sur le projet d'établissement et sur les rapports d'orientation, déboucheront sur une meilleure compréhension des priorités et se traduiront par des actions plus précises, mieux ciblées et étayées par des engagements réciproques dont les suites seront réellement mesurées.

On peut conclure que "la mise en place d'un système d'information représente un excellent point d'entrée dans les procédures de contractualisation"²⁴. Aussi les tableaux de bord apparaissent comme un préalable indispensable à la contractualisation interne. Il est essentiel de pouvoir analyser et évaluer afin de négocier des objectifs pertinents et d'en vérifier les résultats (**Annexe 7**).

b. Quel avenir à l'hôpital Raymond Poincaré?

L'hôpital Raymond Poincaré s'est déjà engagé dans une démarche de contractualisation interne. Il a recours à la technique des budgets de service. Ces derniers ne sont pas seulement considérés comme un moyen de lisibilité et de contrôle des coûts mais véritablement comme un outil de gestion générale fondée sur les projets de service.

Cependant la dimension ressources humaines était absente de ces négociations faute d'outils fiables. Dès lors la négociation portait sur le projet

²² FAUJOUR (V.) et PENAUD (M.), « Outils de gestion et management hospitalier, mélanges et assortiments », *Gestions Hospitalières*, juin - juillet 1998, pp. 405-407.

²³ BIRON (N.) et FAUJOUR (V.), « Les outils de pilotage stratégique : l'ère de la gestion partagée », *Gestions hospitalières*, n° 377, juin - juillet 1998, pp. 439-445.

²⁴ GOTTSMANN (J), La politique de contractualisation dans le secteur hospitalier, thèse, 2002, 300 p.

de service, la structure, l'activité et l'investissement. Dans ce dernier volet, l'enveloppe déconcentrée d'équipements est partagée en une tranche ferme et une tranche conditionnelle subordonnée aux résultats intermédiaires en mi-exercice. Les contrats d'objectifs permettant de libérer ou non cette tranche conditionnelle, sont négociés en conférences budgétaires de services et varient dans leurs critères et dans leurs montants selon les centres de responsabilités.

Toutefois, la dimension ressources humaines n'apparaissait pas. Il en aurait été difficile autrement dans la mesure où ni la direction ni les services ne disposaient d'informations communes et objectives sur le sujet. Dès lors il était impossible d'en faire état au moment des conférences budgétaires de service.

Désormais, la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications pourra fournir des indicateurs clés en rapport avec l'activité. Ces données auront d'autant plus leur place dans les négociations qu'elles seront connues de tous. L'allocation des moyens humains pourra donc faire également partie des enjeux des conférences budgétaires de service.

On voit donc se dessiner les formes d'une contractualisation interne au niveau des centres de responsabilités beaucoup plus accomplie. Le personnel est le premier poste de dépense d'un hôpital. Il est donc dommageable que les ressources humaines ne fassent pas l'objet de négociation dans le cadre de la contractualisation interne. L'allocation des moyens pourra désormais être intégrée aux discussions et faire partie des objectifs définis. Les contrats des centres de responsabilité seront donc plus complets.

CONCLUSION

L'émergence d'un contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines doit permettre au delà des informations apportées d'insuffler de nouveaux modes de gestion au sein de l'établissement. L'objectif du contrôle de gestion est de favoriser le partage d'informations utiles à la décision entre les responsables hospitaliers tant au niveau de l'administration que des services. En cela les outils du contrôle de gestion doivent être pertinents et adaptables en fonction des besoins de l'établissement.

Si la mise en place de tableaux de bord sociaux est issue de la volonté de la Direction des Ressources Humaines et des Qualifications qui manquait d'informations objectives et fiables, on s'aperçoit que les potentialités d'utilisation vont bien au-delà. En effet, en se dotant d'outils communs de réflexion, l'introduction de tableaux de bord dans l'établissement renouvelle les modes de gestion et les relations.

La démarche de projet qui doit accompagner le développement du contrôle de gestion est un premier pas. Elle permet un début de lissage des relations entre l'administration et les soignants sur le sujet sensible de l'allocation des moyens. Par la suite, la diffusion et l'utilisation des tableaux de bord sociaux dans les négociations vont donner un nouveau souffle à la contractualisation interne.

Toutefois, ces développements ne seront possibles qu'à la condition de conserver une approche pragmatique et progressive. Le changement ne devra pas apparaître brutal au risque d'être mal perçu et décrédibilisant pour les nouveaux outils. L'important est de garder à l'esprit que les résultats bruts fournis par les tableaux de bord sont à analyser. C'est cette analyse qui doit soutenir l'action. Les outils de gestion ne doivent jamais apparaître comme une fin en soi mais ne doivent pas remplacer non plus la décision de l'homme. C'est au directeur des ressources humaines de rendre des arbitrages. En aucun cas ce rôle ne doit être discuté.

La direction de l'hôpital Raymond Poincaré souhaite pouvoir répondre au mieux aux besoins structurels et conjoncturels des services. Elle veut pouvoir

appuyer ses décisions sur des outils fiables. Toutefois, la construction de ces nouveaux outils a montré que les possibilités dépassaient largement l'idée originelle d'une meilleure allocation des moyens en fonction de l'activité. Les potentialités vont au-delà.

Les tableaux de bord sociaux permettront dans un premier temps de compléter les efforts de contractualisation interne. Mais il est important que la direction ne s'en tienne pas au seul secteur des ressources humaines. Dans un deuxième temps, il paraît essentiel de compléter le dispositif par un contrôle de gestion financier et comptable.

Bibliographie

I. OUVRAGES GENERAUX

- ◆ BEAUGHON (M-C), DICK-DELALONDE (C.), PISTRE (F.), VORON (P.), *la méthode S.I.I.P.S.: indicateurs d'activités en soins infirmiers*, Editions Lamarre, 1999, 301 p.
- ◆ CARLIER (B.) , *Les tableaux de bord des ressources humaines*, Voiron: territorial, 2000, 56 p.
- ◆ FORMATION ICARE, *Intérêt de l'évaluation médico-économique dans la pratique hospitalière*, 2001, 56 p.
- ◆ GERVAIS (M.), ROCHERY (G.), DUCROCQ (C.), *Contrôle de gestion: Etudes de cas*, Economica, Paris 1991, 304 p.
- ◆ GOTTMANN (J.), *La politique de contractualisation dans le secteur hospitalier*, thèse, 2000, 300 p.
- ◆ GUIDES DE L'AP-HP (LES), *La maîtrise de la gestion des ressources humaines*, Editions Lamarre, Paris, 2000, 79 p.
- ◆ MERLIERE (Y.), KIEFFER (R.) et CORDIER (A.), *Le contrôle de gestion de l'hôpital: principes clés et outils nouveaux*, Masson, Paris, 1997, 260 p.
- ◆ WEISS (D.) (dir.), *Les ressources humaines*, Editions d'Organisation, Paris, 1999, 795 p.

II. ARTICLES

- ◆ ANHOURY (p.) et COINTEMEN (S.), "Les outils de gestions, d'une logique budgétaire à la gestion des performances", *Gestions Hospitalières*, juin - juillet 1998, pp.405-407.
- ◆ AP-HP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris), "tableaux de bord, indicateurs G.R.H", DPRS/DPEC n°13, 2001.
- ◆ BARBE (N.), MOUSILLAT (V.), "SIIPS et PMSI : exemple des séjours pour accident vasculaire cérébral", *Gestion Hospitalière*, mars 2002, pp.200-204.

- ◆ BIRON (V.) et FAUJOUR (V.), "les outils de pilotage stratégique: l'ère de la gestion partagée", *Gestions Hospitalières*, n°377, juin - juillet 1998, pp.439-445.
- ◆ BONIS (J.), "Les rôles managériaux des directeurs, des médecins et des cadres soignants dans les hôpitaux français", *Gestions Hospitalières*, n°333, février 1994.
- ◆ CHIAPELLO (E.) et DELMOND (M-H), "Les Tableaux de bord de gestion, outils d'introduction du changement", *Revue Française de gestion*, janvier - février 1994, pp.49-58.
- ◆ FAUJOUR (V.) et PENAUD (M.), "Outils de gestion et management hospitalier, mélanges et assortiments", *Gestions Hospitalières*, juin - juillet 1998, pp.405-407.
- ◆ GUSCHING (J-P), EXPERT (P.), "Utilisation du PMSI en gestion interne", *Gestion hospitalière*, avril 1997, pp. 297-309.
- ◆ LETEURTRE (H.), "Les tableaux de bord sociaux", *Gestion hospitalière*, mai 1995, pp. 416-421.
- ◆ SOUBIE (R.), "Santé 2010", *Rapport du groupe de prospective du système de santé*, décembre 1991.
- ◆ PENAUD (M.), NISAND (G.), SCHOTT (L.), "L'utilisation du PMSI dans l'optique de la mise en place du budget de service", *Gestion hospitalière*, juin - juillet 1998, pp. 408-416.
- ◆ RENAUD (C.), "Le seuil d'alerte en personnel de soins", *Gestion hospitalière*, février 2002, pp.93-96.
- ◆ VINOT (D.), "De l'usage interne du point ISA : pertinence locale ou cohérence globale", *Gestion hospitalière*, octobre 1998, pp.634-640.

Liste des annexes

- **Annexe 1: L'organisation type d'un système d'information hospitalier**

Source: GOTTSMANN (J), *La politique de contractualisation*

- **Annexe 2: Fiche de poste du responsable du contrôle de gestion dans le secteur hospitalier**

- **Annexe 3 : Découpage interne de l'établissement**

Source: GOTTSMANN (J), *La politique de contractualisation dans le secteur hospitalier*

- **Annexe 4 : Maquette des Tableaux de Bord Sociaux**

- **Annexe 5 : Composition du groupe de travail**

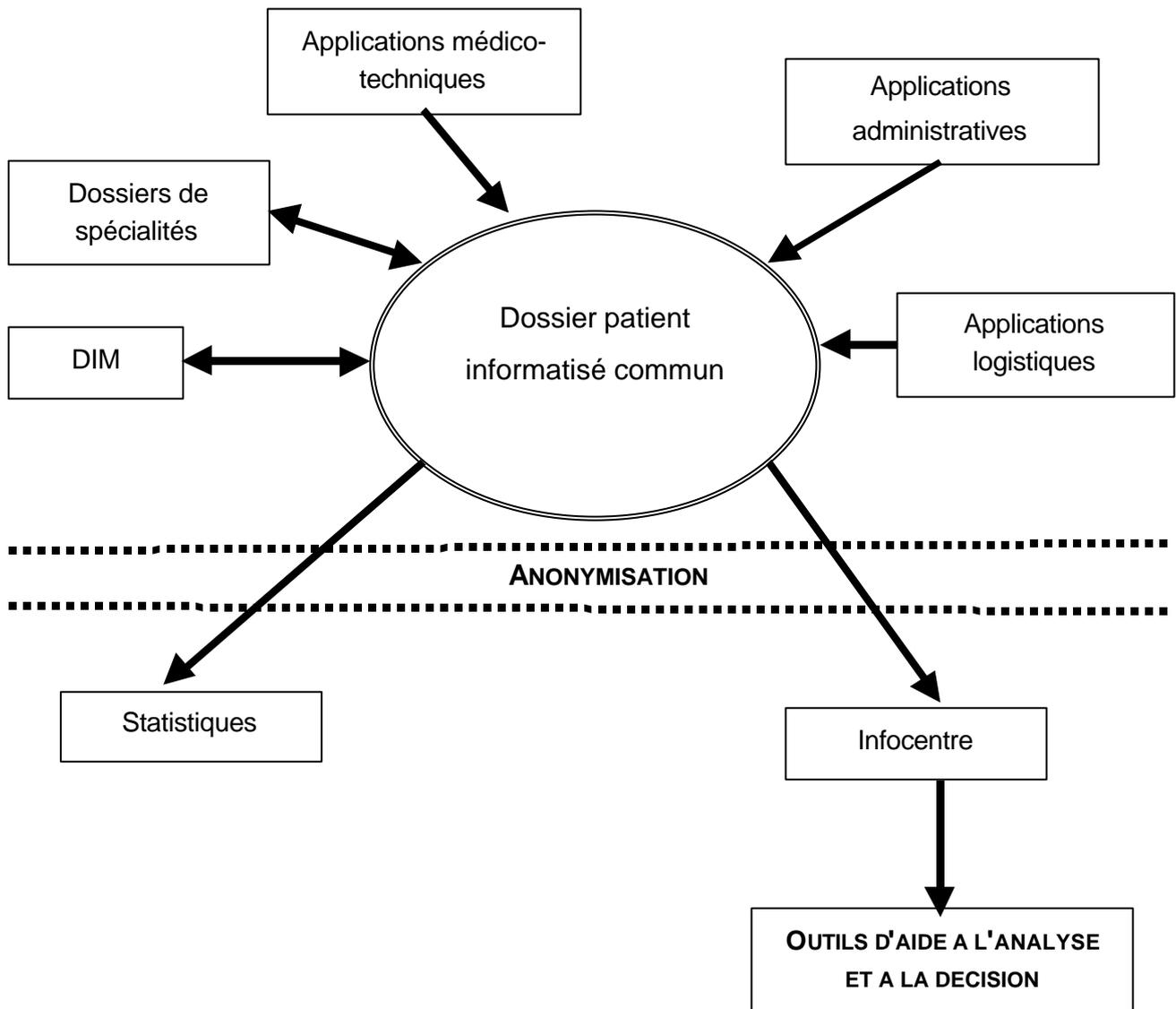
- **Annexe 6 : Calendrier**

- **Annexe 7 : Le fonctionnement type d'un système d'information hospitalier**

Source: GOTTSMANN (J), *La politique de contractualisation dans le secteur hospitalier*

Annexe 1

L'ORGANISATION TYPE D'UN SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER



Annexe 2

FICHE DE POSTE

RESPONSABLE PAIE-GESTION ET CONTROLE DE GESTION GRH

HOPITAL RAYMOND POINCARE

104, Boulevard R. Poincaré - 92380 GARCHES

Accès : SNCF Garches-Marnes la Coquette (ligne St-Lazare/St-Nom la Bretèche)

Bus 360/460 ou 26

Direction : Direction des ressources humaines et des qualifications

Fait le : 1^{er} mars 2002

Service : Paie-Gestion du personnel non médical

M.

LEFEBVRE Christian

IDENTIFICATION DU POSTE

Fonction : Responsable Paie-Gestion du personnel non médical et contrôle de gestion GRH

Grade : Adjoint des cadres hospitaliers

Position dans la structure :

• liaisons hiérarchiques : Directeur, directeur des ressources humaines et des qualifications, adjointe au directeur des ressources humaines et des qualifications, chef du personnel adjoint

• liaisons fonctionnelles :

- Ensemble de la D.R.H. Q. - D.S.S.I - C.S.I. - Ensemble des cadres de l'établissement - Assistante sociale

- Médecins du travail - Médecin de contrôle - Siège AP-HP - Hôpitaux AP-HP

- Caisse des dépôts et consignations - Organismes extérieurs

Présentation du service et de l'équipe :

Situé au sein de la DRH, le service Paie-Gestion est composé de 6 + 3 gestionnaires.

Horaires : Administratifs

MISSION DU POSTE

Mission générale :

- Encadrer et animer l'équipe de la gestion - paie du personnel non médical
- Mettre en œuvre et superviser les procédures de paie et de gestion administrative du personnel
- Assurer le suivi des rémunérations, des carrières, des validations de service, des dossiers de retraite des agents
- Assurer la gestion des accidents du travail et le suivi des indemnisations
- Assurer le suivi des dossiers de commission de réforme et du comité médical
- Superviser les dossiers d'A.P.E.
- Mettre en œuvre et superviser les activités sociales (bourses de vacances, aides familiales, séjours enfants/familles, arbre de Noël)
- Mettre en œuvre et superviser le système de contrôle de gestion de la DRHQ (production des tableaux de bord sociaux)

Missions permanentes :

- Suivi social (en collaboration avec le chef du personnel) :
 - Bilan social
 - B.H.S.C.T.
 - Indicateurs
 - Elections professionnelles
- Organiser l'attribution des médailles
- Calculer la prime de service
- Calculer la prime Economie et Entretien du Personnel Ouvrier
- Calculer l'indemnité forfaitaire technique des A.C.T.

- Prise en charge des dossiers particuliers ou litigieux (en collaboration avec le chef du personnel)

Missions ponctuelles ou spécifiques :

- Gérer les dossiers spécifiques et transversaux (capital décès, pension de réversion, etc...)
- Taxe sur salaires
- Procéder aux déclarations annuelles aux différents organismes
- Administrateur délégué RACF

PARTICULARITES DE LA FONCTION

Une forte disponibilité est nécessaire, la liste des tâches évolue en fonction des impératifs ponctuels

Moyens mis à la disposition du poste :

- Un bureau indépendant
- Un micro-ordinateur (Word, Excel, accès au réseau)

Autonomie :

- Liaison directe avec le DRH et son adjointe
- Travail en coordination avec le chef du personnel adjoint chargé de la supervision des mouvements pour la conduite du contrôle de gestion GRH, notamment l'élaboration des tableaux de bord sociaux.

APTITUDES ET COMPETENCES REQUISES

Formations et qualifications requises

- Maîtrise de GIPSIE
- Maîtrise d'ACCESS et d'EXCEL

Connaissances particulières requises

- Bonnes connaissances de la Paie-Gestion
- Bonne connaissance des statuts et de la réglementation
- Connaissances soutenues en bureautique

Qualités professionnelles requises

- Aptitude à l'encadrement
- Esprit d'équipe
- Esprit d'initiative
- Souci du compte-rendu
- Respect de la confidentialité
- Relations humaines aisées
- Sens du dialogue, de la relation, de la négociation et de la diplomatie
- Sens de l'organisation et de la rigueur
- Goût pour la recherche, esprit de synthèse, bonne rédaction

Fiche de poste signée le

Entre

Et

Responsable du personnel non médical

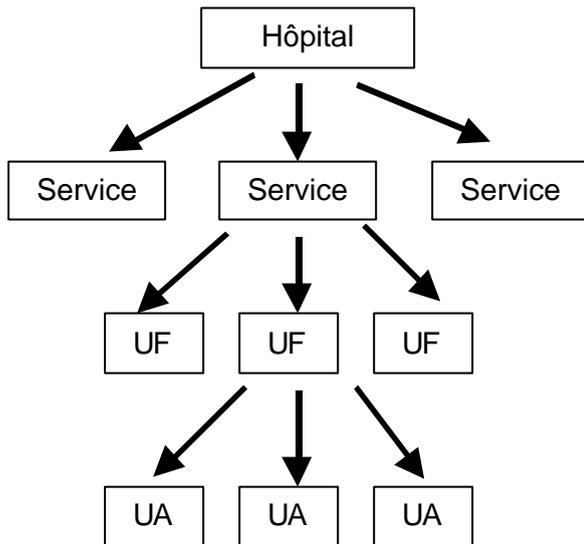
Directeur adjoint chargé des ressources
humaines et des qualifications

Annexe 3

DECOUPAGE INTERNE DES HOPITAUX, LOGIQUE MEDICALE ET LOGIQUE ECONOMIQUE

STRUCTURE MEDICALE

Logique de la responsabilité médicale (flux d'activité)



- **Service**

Créé par délibération du conseil d'administration après l'avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

- **Unité fonctionnelle (UF)**

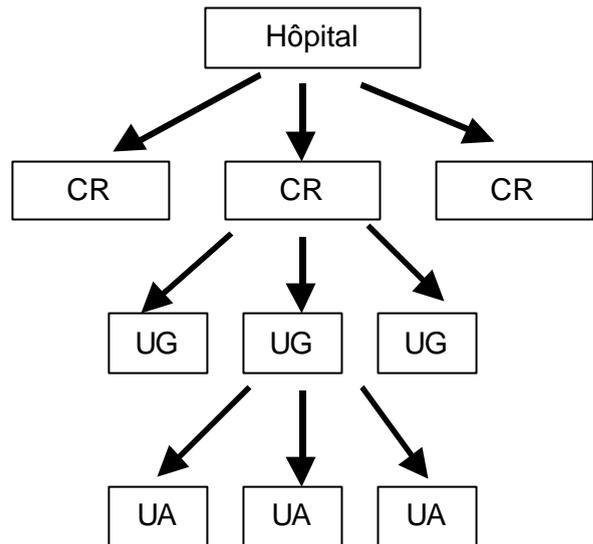
Structure élémentaire de prise en charge d'un malade par une équipe soignante ou médico-technique par ses fonctions et son organisation. C'est le niveau élémentaire d'attribution d'une responsabilité médicale officielle.

- **Unité d'analyse (UA)**

Elle est le pivot des deux structures, en tant que dépositaire du flux d'activité et du flux de dépenses. Elle permet une remontée des statistiques des dépenses et d'activité vers les responsables d'un service. C'est le lieu géographique dans lequel sont placés des équipements et les personnels qui les utilisent. C'est l'unité statistique de l'activité et de coûts.

STRUCTURE BUDGETAIRE

Logique de l'attribution des moyens et le suivi budgétaire (flux de gestion)



- **Centre de responsabilité (CR)**

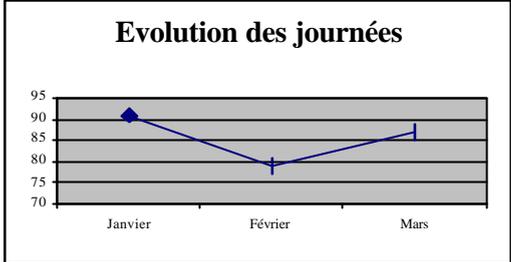
Unité comportant une ou plusieurs activités placées sous une responsabilité unique et dotée d'un budget. Les liens entre CR et service ne sont pas stricts, mais en règle générale aujourd'hui, 1 CR = 1 service.

- **Unité de gestion (UG)**

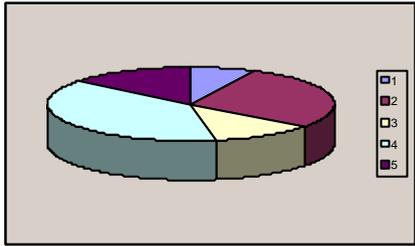
Unité de mise en œuvre et de suivi des moyens reçus par délégation du responsable de CR, elle a un responsable identifié (surveillante, chef de bureau, ...), elle doit être localisable. Elle est porteuse d'un budget. Les commandes sont passées au niveau de l'UG avec désignation de l'UA lorsqu'elle est identifiable.

Annexe 4 TABLEAUX DE BORD RESSOURCES HUMAINES TRIMESTRE

UA :
ZOOM ACTIVITE

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Nombre de lits - places ouverts</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Taux d'occupation sur lits ouverts</td> <td></td> </tr> </table>	Nombre de lits - places ouverts		Taux d'occupation sur lits ouverts		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Evolution des journées</p>  </div>												
Nombre de lits - places ouverts																	
Taux d'occupation sur lits ouverts																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Journées</th> <th style="width: 15%;">N</th> <th style="width: 15%;">N-1</th> <th style="width: 50%;">Variation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Janvier</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Février</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mars</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Journées	N	N-1	Variation	Janvier				Février				Mars			
Journées	N	N-1	Variation														
Janvier																	
Février																	
Mars																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Production Pts ISA</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Coût du point ISA N-1</td> <td></td> </tr> </table>	Production Pts ISA		Coût du point ISA N-1		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Taux d'exhaustivité moyen</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Intensité moyenne des soins</td> <td></td> </tr> </table>	Taux d'exhaustivité moyen		Intensité moyenne des soins									
Production Pts ISA																	
Coût du point ISA N-1																	
Taux d'exhaustivité moyen																	
Intensité moyenne des soins																	

EFFECTIFS

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Catégorie</th> <th style="width: 10%;">ETP</th> <th style="width: 20%;">Mensualités</th> <th style="width: 40%;">Journées travaillées</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1- Encadrement</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2- Personnel diplômé</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3- Personnel spécialisé</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4- Personnel non dipl.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5- Autres personnels</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	ETP	Mensualités	Journées travaillées	1- Encadrement				2- Personnel diplômé				3- Personnel spécialisé				4- Personnel non dipl.				5- Autres personnels				TOTAL				
Catégorie	ETP	Mensualités	Journées travaillées																										
1- Encadrement																													
2- Personnel diplômé																													
3- Personnel spécialisé																													
4- Personnel non dipl.																													
5- Autres personnels																													
TOTAL																													

AIDES PONCTUELLES

Pool	
Intérim interne	
Intérim extérieur	
Elèves	
TOTAL	

ABSENCES NON PLANIFIEES

Maladie	
Accident du travail	
Maternité	
Autres	
TOTAL	

LES INDICATEURS CLES

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">ETP / lit ouvert</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Journées travaillées par agent</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Taux d'absentéisme</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nbre moyen de RTT dûs / agent</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Journées de formation / agent</td> <td></td> </tr> </table>	ETP / lit ouvert		Journées travaillées par agent		Taux d'absentéisme		Nbre moyen de RTT dûs / agent		Journées de formation / agent		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Proportion d'agents à temps partiel</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Taux d'encadrement</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Turn-over</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Age moyen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Taux d'accidents du travail</td> <td></td> </tr> </table>	Proportion d'agents à temps partiel		Taux d'encadrement		Turn-over		Age moyen		Taux d'accidents du travail	
ETP / lit ouvert																					
Journées travaillées par agent																					
Taux d'absentéisme																					
Nbre moyen de RTT dûs / agent																					
Journées de formation / agent																					
Proportion d'agents à temps partiel																					
Taux d'encadrement																					
Turn-over																					
Age moyen																					
Taux d'accidents du travail																					

Annexe 5

GROUPE DE TRAVAIL MISE EN PLACE DES TABLEAUX DE BORD SOCIAUX

Nom		SERVICE
Julien	GOTTSMANN	DRHQ
Marie-Anne	PONTONNIER	Direction
Marinette	JOUANNET	DRHQ
Christian	LEFEBVRE	DRHQ
Francine	ROBIN	DRHQ
Annick	GUILLOPE	DSFL
Josiane	FAUCILLON	DSFL
Françoise	GUILLEMETTE	SIL
Christophe	LARNO	SIL
Jean	TARDY	Cellule MSI
Bérengère	DERVAULT	Cellule MSI
Joëlle	SABATIER	Widal 1
Alain	MIRANDA	Widal 0
Ivane	PANSARD	DSI
Danièle	SOULIGNAC	Netter
Corinne	BARLAUD	Letulle 1/2

Annexe 6
MISE EN PLACE DES TABLEAUX DE BORD SOCIAUX
CALENDRIER

ETAPE	ECHEANCE
<ul style="list-style-type: none"> ❑ DEFINITION POLITIQUE DU PROJET : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Insertion dans le projet social et professionnel ➤ Insertion dans le protocole local RTT ➤ Validation par les instances concernées 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Juin 2001 ➤ Mars 2002 ➤ Juin 2002
<ul style="list-style-type: none"> ❑ STRUCTURATION DU PROJET : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Définition des objectifs ➤ Organisation de la conduite du projet ➤ Etat des lieux et recherches bibliographiques ➤ Analyse des expériences extérieures ➤ 1ères réflexions 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Juillet 2002
<ul style="list-style-type: none"> ❑ FAISABILITE TECHNIQUE : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Etudes pour la mise en place d'Infocentre ➤ Exploitation de GIPSIE local ➤ Exploitation du tableau des emplois Access ➤ Construction de l'outil informatique 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Août – début septembre 2002
<ul style="list-style-type: none"> ❑ FINALISATION DE L'OUTIL : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Présentation au comité de direction ➤ Présentation au groupe de travail ➤ Ajustements ➤ Finalisation de la maquette 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Septembre – Octobre 2002
<ul style="list-style-type: none"> ❑ FORMATIONS : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formation des référents du SIL ➤ Formation des référents de la DRHQ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Octobre 2002
<ul style="list-style-type: none"> ❑ VALIDATION : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Présentation par les instances concernées 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Novembre 2002

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Présentation en réunion d'encadrement 	
<ul style="list-style-type: none"> □ DIFFUSION : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Information des cadres et des chefs de service ➤ Diffusion du numéro 0 ➤ Diffusion trimestrielle 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Décembre 2002 ➤ 31 décembre 2002
<ul style="list-style-type: none"> □ SUIVI : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Transformation du groupe de travail en comité de suivi ➤ Adaptations de l'outil ➤ Utilisation dans le cadre des conférences budgétaires de service 2003 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Janvier 2003 ➤ Courant 2003 ➤ Mars 2003

LE FONCTIONNEMENT TYPE D'UN SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER

