

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**Tarification à l'activité et dépenses de
personnel non médical : quels
ajustements possibles ?
L'expérience de L'Hôpital européen
Georges Pompidou
(AP-HP)**

Laure THAREL

Remerciements

La réalisation de ce mémoire m'a permis d'élargir mes connaissances en matière de gestion des ressources humaines à l'hôpital, un domaine que je souhaiterais particulièrement investir dans le futur. Les personnes de grande qualité que j'ai rencontrées à l'occasion de l'élaboration de ce mémoire m'ont confirmée dans ce choix et je tiens ici à les saluer.

Madame E. DE LAROCHELAMBERT, Directrice du Groupe hospitalier HEGP-Broussais. Je vous adresse mes plus sincères remerciements pour tous nos entretiens, qui ont nourri ma réflexion sur mon futur métier. Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe de direction du Groupe hospitalier HEGP-Broussais pour l'accueil qui m'a été réservé.

Madame D. LUX, Directrice des ressources humaines du Groupe et maître de stage. Un grand merci pour ton accompagnement, tes encouragements et ton précieux soutien dans les différentes étapes de mon travail, ainsi que pour ta confiance.

Madame N. DURAND, attachée d'administration à la DRH, que je remercie pour sa disponibilité.

Monsieur P. TOUZY, responsable du département Prospective, emploi et effectifs à la Direction du personnel et des relations sociales de l'AP-HP, encadrant mémoire, que je remercie pour son aide, sa patience et sa bonne humeur.

Madame M. RICOMES, Directrice du personnel et des relations sociales de l'AP-HP, je vous remercie chaleureusement d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et de m'avoir encouragée dans la réalisation de ce mémoire.

Monsieur J-F ITTY, Directeur des ressources humaines à l'Hôpital Bichat (AP-HP) que je remercie pour toutes les connaissances qu'il m'a transmises

Monsieur CASTELAS, délégué syndical (HEGP), que je remercie vivement pour son éclairage sur les attentes du personnel non médical et sa vision particulièrement sagace sur ce sujet de mémoire.

Merci à **Mesdames MARGULIS, BELLAIS et FREROT**, secrétaires, pour leur soutien indéfectible.

J'adresse mes remerciements à **Mme DOUSSOT et à M. LUCAS**, enseignants à l'EHESP pour leur aide dans l'orientation du sujet.

Sommaire

INTRODUCTION.....	p1
1. Le pilotage par le résultat appliqué aux dépenses de personnel : les modalités d'une gestion en masse salariale.....	p5
1.1. Le passage d'une logique crédits/ dépenses à une logique recettes/ dépenses : abandon du tableau des emplois permanents (TEP) et émergence d'une masse salariale.....	P5
1.1.1 <u>La réforme de l'EPRD : le passage d'une logique de moyens à une logique de résultats.....</u>	P5
1.1.2 <u>Le passage d'une gestion en tableau permanent des emplois à une gestion en masse salariale.....</u>	P6
1.2 Analyse des enjeux d'une gestion en masse salariale.....	P9
1.2.1 <u>Liberté de gestion et rationalisation de la gestion des dépenses de personnel....</u>	P9
1.2.1.1 L'analyse de la gestion en tableau des emplois fait apparaître une rigidification des marges de manœuvre des gestionnaires et une absence de prise en compte de la dimension financière des dépenses de personnel.....	P9
1.2.1.2 La gestion en masse salariale introduit une souplesse dans la gestion des dépenses de personnel : le principes de globalisation et de fongibilité des crédits et des emplois. Des limites sont néanmoins mises en exergue dans le cadre de l'organisation interne siège/ site de l'AP-HP.....	P10
1.2.2 <u>Quid de la portée juridique de TPE ?.....</u>	P13
1.2.2.1 <i>La fin du TPE, un vide juridique laissant place à une plus grande souplesse de gestion des personnels de la fonction publique hospitalière ?.....</i>	

.....
P13

1.2.2.2 *La survivance du tableau des emplois ?*.....

.....
P13

1.3 ***La nécessaire mise en place d'un pilotage fin de la masse salariale : une mise en cohérence de ses deux composantes: la budgétisation et la gestion annuelle***.....

P14

.....
1.3.1 *La budgétisation de la masse salariale : une démarche évolutive et perfectible...*

.....
P15

1.3.1.1 Une démarche évolutive vers le schéma cible : la budgétisation en masse salariale et en TPER

.....
P15

1.3.1.2 La budgétisation : un processus perfectible.....

.....
P22

1.3.2 *La gestion annuelle de la masse salariale: un processus en chantier*.....

.....
P23

1.3.2.1 Les objectifs du suivi des dépenses de personnel.....

.....
P23

1.3.2.2 Vers un pilotage des dépenses de personnel élargi aux des recettes d'activités..

.....
P25

1.3.3 *La problématique du recueil des recettes d'activité*.....

.....
P26

1.3.3.1 Les incertitudes liées au recueil des recettes.....

.....
P27

1.3.3.2 La définition d'un indicateur de productivité des dépenses de PNM.....

.....
P29

2. Les modalités d'ajustements des dépenses de personnel en fonction des recettes d'activité.....P30

**2.1. La flexibilisation par les organisations de travail.....
.....
P30**

2.1.1 L'organisation en pôle d'activité : une opportunité de mutualisation des moyens humains.....
.....
P30

2.1.2 Les organisations impactant les indemnités des dimanches et jours fériés.....
.....
P33

2.1.3 La mise en place d'une équipe de suppléance au niveau de l'établissement.....
.....
P33

2.1.4 De l'opportunité de déléguer une masse salariale aux pôles : quelles marges d'amélioration pour le nécessaire ajustement entre l'activité et les moyens.....
.....
P34

2.1.4.1 La délégation de gestion RH : un processus amorcé à l'HEGP.....
.....
P34

2.1.4.2 Elargissement de la délégation de gestion à des domaines plus stratégiques impliquant directement les pôles dans le pilotage de la masse salariale (budgétisation et gestion annuelle).....
.....
P35

2.1.4.3 Les risques et les difficultés découlant de ce nouveau partage.....
.....
P39

**2.2. La flexibilisation par les emplois (effet volume).....
.....
P41**

2.2.1 La rotation des personnels un levier d'action privilégié dans le cadre du TPER...
.....
P41

2.2.2 Le recours aux mensualités de remplacement et CDD.....
.....
P42

2.1.4.4 Les heures supplémentaires.....	
.....	
P42	
2.1.4.5 L'intérim.....	
.....	
P43	
2.1.4.6 Le recours aux contrats à durée déterminée (CDD).....	
.....	
P44	
2.2.3 <u>La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : un levier d'action de fond incontournable dans le cadre d'une gestion en masse salariale</u>	
.....	
P46	
2.3. La flexibilisation par les coûts (effet prix).....	
.....	
P50	
2.3.1. <u>Réflexions sur la gestion du temps de travail des agents</u>	
.....	
P50	
2.3.1.1. De l'opportunité du temps partiel.....	
.....	
P50	
2.3.1.2. La cessation progressive d'activité.....	
.....	
P51	
2.3.1.3. Le congé de fin d'activité.....	
.....	
P51.....	
2.3.2. <u>Réflexions sur la structure emplois, pyramide des âges et qualification</u>	
.....	
P51	
2.3.2.1. L'effet de noria ou l'incidence de la différence de niveau de salaire.....	
.....	
P51	
2.3.2.2. <u>Réflexion sur les qualifications</u>	
.....	
P52	
2.4 ; Renforcer la motivation des personnels, outil qualitatif d'optimisation de la gestion de la masse salariale.....	P52

2.4.1	<i>Flexibiliser la gestion des temps de travail</i>	P53
2.4.2	<i>Nécessité d' une gestion plus personnalisée des carrières</i>	P53
CONCLUSION		P55
BIBLIOGRAPHIE		P56
LISTE DES ANNEXES		P59

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
CAP : Commission administrative paritaire
CDD : Contrat à durée déterminé
CDI : Contrat à durée indéterminée
CLD : Congé longue durée
CLM : Congé longue maladie
DF : Direction des finances du siège de l'AP-HP
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DPRS : Direction du personnel et des relations sociales
DRH : Direction des ressources humaines
EPS : Etablissements publics de santé
ETP : Equivalent temps plein
EPRD : Etat prévisionnel des emplois et des compétences
FPH : Fonction publique hospitalière
GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GHU : Groupement hospitalier universitaire
HEGP : Hôpital européen Georges Pompidou
IDE : Infirmière diplômée d'état
PNM : Personnel non médical
SIRH : Système d'information des ressources humaines
T2A : Tarification à l'activité
TPE : Tableau permanent des emplois
TPER : Tableau prévisionnel des emplois rémunérés
VAE : Validation des acquis de l'expérience

Introduction

La décision du Président de la République, Nicolas SARKOZY, le 18 septembre 2007, d'avancer à 2008 le passage à 100% de la tarification à l'activité n'a pas été sans provoquer quelques émois au sein de la communauté hospitalière. La tarification à l'activité s'apparente à l'application à l'hôpital des règles de gestion financière d'une entreprise privée, à savoir, les recettes des activités « produites et vendues » doivent impérativement couvrir les coûts de production. Ainsi, les directeurs d'hôpital ont pour obligation d'adapter rapidement la gestion de leur établissement à ces nouvelles règles du jeu en développant la recherche tous azimuts de l'efficacité permettant d'adapter les moyens aux résultats.

La réforme de la tarification à l'activité engagée depuis 2003 (Plan Hôpital 2007) s'est accompagnée d'une réforme budgétaire et comptable des hôpitaux, ayant pour objectif d'adapter les règles comptables de l'hôpital à une logique de résultats¹. Avant 2006, le financement par dotation globale des établissements publics de santé (EPS) reposait sur une autorisation limitative de dépenses non corrélée à l'activité médicale réelle de l'établissement, plaçant l'hôpital dans une logique de moyens. Désormais, le budget des établissements, présenté sous la forme d'un Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), n'est plus conçu sur la base de dépenses encadrées mais de recettes évaluatives, le niveau des dépenses devant s'ajuster au niveau des recettes. Cette nouvelle logique s'apparente à un pilotage par le résultat.

Par conséquent, l'EPRD, contrairement au budget global, privilégie le caractère évaluatif et non plus limitatif des crédits. Cette évolution permet ainsi au directeur d'hôpital de réagir plus rapidement aux variations d'activité et aux fluctuations de recettes.

Sachant que les dépenses de personnel représentent environ 65%² des dépenses de l'hôpital, elles constituent par conséquent un levier d'adaptation des dépenses aux recettes incontournable. Le pilotage financier de ces dépenses et plus particulièrement de celles qui présentent un caractère limitatif et pérenne (les dépenses de titulaires et stagiaires compte 641.1 : 62 % des dépenses totales de personnel³) présente dans ce nouveau contexte un caractère absolu.

¹ Circulaire DHOS/F4/2005/535 du 2 décembre 2005 relative à la mise en œuvre en 2006 du nouveau régime budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé

² BUDET J-M, MARIE D. *Table ronde Optimiser la gestion des ressources humaines* Gestions hospitalières, Hors série N°401 dec 2000

³ Personnel stagiaire et titulaire (compte 641.1) : 1 9 70 857 230 / total dépenses PNM : 3 159 099 268 *100

La réforme budgétaire et comptable, dont l'objectif est de faciliter l'adaptation des dépenses aux recettes, oblige désormais à définir les dépenses de personnel au plus près de la réalité. Le tableau des emplois théoriques sur la base duquel le directeur d'hôpital se basait pour négocier des autorisations de dépenses a atteint ses limites au regard de son caractère non évolutif. Il est remplacé par une gestion en masse salariale qui permet d'établir la dépense réelle de personnel dans sa globalité en fonction des recettes d'activités prévisionnelles de l'hôpital. La masse salariale répond aux objectifs de flexibilité dans la mesure où désormais le mode de calcul de la masse salariale (budgétisation) ne repose plus sur la valorisation mécanique d'un tableau des emplois théoriques mais sur l'explication des facteurs réels de la dépense. La masse salariale constitue, en effet, une enveloppe de dépenses globales avec une correspondance en emplois exprimés en Equivalent temps plein (ETP) qu'il s'agisse de personnels permanents, temporaires ou soumis à dispositions particulières. La mise en place d'une gestion en masse salariale permet donc au directeur d'hôpital d'avoir une plus grande visibilité sur la réalité de l'ensemble de ses dépenses de personnel, ce qui lui est nécessaire pour pouvoir ajuster ces dépenses aux résultats d'activité.

Dorénavant le cadre budgétaire met à la disposition des gestionnaires les outils de souplesse de gestion des dépenses de personnel. Néanmoins, des limites structurelles propres à la nature même des dépenses de personnel relevant de la fonction publique hospitalière (FPH) s'élèvent contre une gestion flexible de ces dépenses. En effet, les dépenses des personnels sous statuts sont encadrées et leur évolution est largement exogène à l'établissement. A titre d'illustrations, les revalorisations salariales et l'abondement des régimes indemnitaires découlent principalement d'accords nationaux⁴ et les ratios de personnels de certaines spécialités médicales font l'objet d'un encadrement législatif et réglementaire⁵.

Cette contradiction apparente pose la problématique suivante : comment articuler la gestion statutaire des agents de la fonction publique hospitalière qui implique une inertie de la masse salariale vouée à s'accroître inexorablement d'une année sur l'autre au nouveau cadre budgétaire qui implique une flexibilisation des dépenses de personnel aux recettes d'activité ? Quels sont donc au regard de ces contraintes, les leviers d'action,

4

Exemple le « Protocole d'accord sur le développement du dialogue social, la formation, l'amélioration des conditions de travail, l'action sociale et les statuts des personnels de la fonction publique hospitalière » signé le 19 octobre 2006. Ce protocole prévoit notamment des revalorisations salariales pour les agents de catégorie C, ainsi qu'un abondement des régimes indemnitaires

⁵ Exemples : - **Circulaire DGS/DH/4B** n°280 du 7 février 1989 relative à la mise en oeuvre des schémas régionaux de réanimation : unité de réanimation ; présence 24H/24 d'1 médecin réanimateur assisté éventuellement d'1 interne, de 2,7 IDE pour 8 malades, 1 aide-soignante pour 4 malades.

- **Décret n° 92-1102** du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation : article D. 712-32 du Code de la Santé Publique "1 médecin qualifié, 1 infirmière ou 1 masseur-kinésithérapeute pour 5 patients".

au niveau d'un site, qui permettent d'agir sur les évolutions de la masse salariale en fonction des recettes d'activités ?

La maîtrise de la masse salariale et de son évolution représente un véritable enjeu stratégique pour les établissements publics de santé. Les hôpitaux publics sont d'autant plus conduits à modifier leur mode de gestion que la réforme prévoit que les cliniques privées peuvent aussi répondre à des appels d'offre, y compris pour prendre en charge des activités de service public. Ce sujet revêt donc un intérêt à agir collectif si l'on souhaite maintenir le système de sécurité sociale actuel.

Comment le premier hôpital de France, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), représentant 10% de l'offre de soins hospitalière publique, met-il en œuvre cette réforme ? Quelles sont, sur la base d'une étude réalisée au sein de l'un des 39 sites de l'AP-HP, le Groupe hospitalier Hôpital européen Georges Pompidou(HEGP) -Broussais, les stratégies développées pour ajuster les dépenses de personnel aux recettes d'activité ?

Cette étude a pour objectif de présenter la mise en oeuvre effective au sein de l'AP-HP de la gestion en masse salariale des dépenses de personnel (1). Quelles sont les articulations, dans la budgétisation et la gestion de la masse salariale d'un hôpital, entre les directions du siège, la direction des finances (DF) et la direction du personnel et des relations sociales (DPRS) et les hôpitaux ? En application du principe de subsidiarité, l'ensemble des actes de gestion directe en matière de ressources humaines sont réalisés au niveau des sites (recrutement, avancement, notation, etc...) les directions du siège assurent la garantie du respect du statut et de l'équité des agents des différents hôpitaux, la stratégie en matière de gestion des emplois et des carrières et la coordination de la politique sociale⁶. Les relations siège/ établissements sont marquées par de vastes délégations de compétences aux directions de site ayant pour objectif de rendre plus efficace le fonctionnement institutionnel de l'AP-HP⁷. Chaque hôpital dispose de son propre budget négocié lors de conférences budgétaires annuelles avec la DF et la DPRS pour le volant personnel. Chaque hôpital désormais négocie, pour ses dépenses de personnel, une enveloppe globale et plafonnée au lieu de crédits très fragmentés et ciblés ainsi qu'un plafond d'emplois déterminé sur la base du tableau prévisionnel des emplois rémunérés de l'hôpital.

⁶ DUPONT Marc, L'assistance publique-Hôpitaux de Paris. Organisation administrative et médicale, Editions AP-HP, 1997

⁷ Décret n°92.1098 du 2 octobre 1992 relatif à l'AP-HP

Cette étude porte sur les dépenses de personnel non médical, qui représentent 86% des dépenses de personnel, les dépenses de personnel médical font l'objet également d'une gestion en masse salariale mais dont les modalités méritent une étude à part entière au regard des spécificités liées à la gestion du personnel médical.

Cette première partie sera alimentée par les réflexions d'un groupe de travail sur la gestion en masse salariale mis en place conjointement par la DPRS et la DF avec les directeurs des finances et des ressources humaines de sites représentatifs. Ce groupe de travail a, en effet, permis d'affiner la méthode de construction de la masse salariale permettant de discuter des éléments constitutifs ou non de cette masse salariale. Quels sont les déterminants qui doivent être inclus dans la masse salariale de l'hôpital permettant à son directeur une plus grande visibilité sur l'ensemble de ses dépenses de personnel ou contraire ceux qui doivent continuer d'être gérés au niveau central (siège).

Ensuite, à partir d'une meilleure connaissance des leviers d'action budgétaires inhérents à une gestion en masse salariale, il est plus facile de réfléchir sur les modalités d'ajustement des dépenses de personnel en fonction des recettes d'activité (2). A cet effet, les outils sont à définir au niveau de chaque site en fonction de ses caractéristiques propres. En l'occurrence, cette partie est largement inspirée de l'expérience et de l'avance de l'HEGP en terme de délégation de gestion des ressources humaines aux pôles ainsi que des réflexions sur la gestion en masse salariale associant les exécutifs de pôle⁸ et la direction du site.

⁸ L'exécutif de pôle désigne à l'HEGP le triumvirat à la tête du pôle c'est-à-dire, le responsable médical, le cadre paramédical et le cadre administratif

1. Le pilotage par le résultat appliqué aux dépenses de personnel : les modalités d'une gestion en masse salariale

Le pilotage par le résultat se traduit par le passage d'une logique crédits/dépenses à une logique recettes/dépenses qui implique l'abandon du tableau des emplois permanents (TEP) et l'émergence d'une masse salariale (1.1). Ce basculement fait apparaître de nouveaux enjeux en terme de liberté de gestion (1.2), qui néanmoins pour être exploitables requièrent la mise en place d'un pilotage fin de la masse salariale reposant sur une mise en cohérence des de ses deux composantes, la budgétisation et la gestion annuelle (1.3).

1.1 Le passage d'une logique crédits/ dépenses à une logique recettes/ dépenses : abandon du tableau des emplois permanents (TEP) et émergence d'une masse salariale

La nouvelle philosophie engendrée par la réforme de l'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) (1.1.1) a pour conséquence le passage d'une gestion en tableau permanent des emplois à une gestion en masse salariale (1.1.2)

1.1.1 La réforme de l'EPRD : le passage d'une logique de moyens à une logique de résultats

Le nouveau cadre budgétaire de la fonction publique d'état instauré par la loi du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) introduit la performance au cœur de la gestion publique en faisant passer l'Etat d'une logique de moyens à une logique de résultats. Cette nouvelle approche des finances publiques s'est élargie à la fonction publique hospitalière avec la mise en place de l'EPRD.

De même, l'EPRD vise à substituer à une logique de moyens, une logique de résultat global : le conseil d'administration doit délibérer sur un résultat financier prévisionnel, issu de perspectives de recettes et de dépenses réalistes, tant en exploitation qu'en investissement.

Le résultat issu des mouvements financiers d'un exercice doit être situé dans une perspective de moyen terme. Cette logique de résultat suppose de pouvoir adapter la

réalité des charges aux ressources réellement dégagées, d'où le nécessaire accroissement de la souplesse de gestion accordée aux responsables hospitaliers. En contrepartie, ces derniers doivent rendre des comptes circonstanciés à leurs instances et tutelles.

Cette souplesse de gestion se traduit en ce qui concerne les dépenses de personnel par la mise en place d'une gestion en masse salariale.

1.1.2 Le passage d'une gestion en tableau permanent des emplois à une gestion en masse salariale

Concrètement cette nouvelle logique recettes/dépenses conduit à abandonner le tableau permanent des emplois comme outil de référence de la budgétisation des dépenses de personnel au profit d'une méthodologie visant à prévoir la dépense réelle de personnel dans sa globalité (masse salariale) en fonction des recettes d'activités prévisionnelles de l'hôpital.

La fin de la logique crédits/dépenses comporte plusieurs implications, l'enjeu de la campagne budgétaire en termes de dépenses de personnel n'est plus de partir d'une base reconductible ni de négocier des crédits nouveaux. Dans le cadre de la mise en place d'une logique recettes/dépenses, l'enjeu désormais de la campagne budgétaire au niveau des hôpitaux de l'AP-HP devient d'arrêter une prévision de recettes d'activité et une prévision de dépenses (masse salariale) correspondante.

Désormais, les conférences budgétaires s'attachent à déterminer, pour chaque hôpital, un solde d'exécution prévisionnel fondé sur un niveau de dépenses et un niveau de recettes prévisionnels dans un objectif affiché d'amélioration, pour chaque hôpital, du solde recettes-dépenses. Les crédits en dépenses ne constituent donc plus des *autorisations* de dépenses mais un plafond de dépenses. Chaque hôpital se voit ainsi notifier un *plafond* de dépense et aura la responsabilité de moduler le niveau de ses dépenses, dans le respect de ce plafond, en fonction du niveau de réalisation de ses recettes et de son objectif de solde d' exploitation.

Ce nouveau mode de pilotage budgétaire comporte une conséquence majeure en matière de dépenses de titre 1. La budgétisation des dépenses de personnel repose, désormais, sur une prévision des équivalent temps plein qui seront effectivement rémunérés en n+1, et non plus sur une approche consistant à valoriser un tableau

théorique des emplois autorisés. Il s'agit par conséquent, pour chaque hôpital, d'arrêter la prévision la plus juste en matière de dépenses réelles et non plus de négocier des autorisations de dépenses fondées sur un tableau des emplois.

Le tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER) : le nouvel outil de budgétisation de la masse salariale

Comme présenté, la construction de la masse salariale repose désormais sur la valorisation des " *équivalents temps plein rémunérés* ". L'équivalent temps plein rémunéré (ETPR) correspond aux effectifs physiques pondérés de la quotité de travail des agents, de la durée de la période d'activité de l'agent au cours de l'année et du coût réel de la durée d'activité travaillée. Par Exemple : un agent dont la quotité de travail est de 80% sur l'année correspond à 0,86 ETP. Le périmètre des ETPR recouvre les personnels sur emploi permanent et les contrats à durée déterminée, mais aussi la transposition en ETP des dépenses d'heures supplémentaires, de contrats aidés etc...

L'ETPR diffère donc de l'effectif théorique -qui renvoie à la notion d'autorisation budgétaire ou d'emploi théorique-, de l'effectif inscrit -effectifs enregistrés administrativement en début de mois-, de l'effectif présent -effectif présent au travail- et de l'équivalent temps plein travaillé (représentatif du temps effectif de travail). Cette réforme implique la création d'une clé de conversion des dépenses d'intérim, d'heures supplémentaires et de contrats aidés en ETPR, ce qui est actuellement en cours au niveau de la DPRS en collaboration avec les sites.

L'ensemble des équivalents temps plein sont retracés au sein d'un tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER).

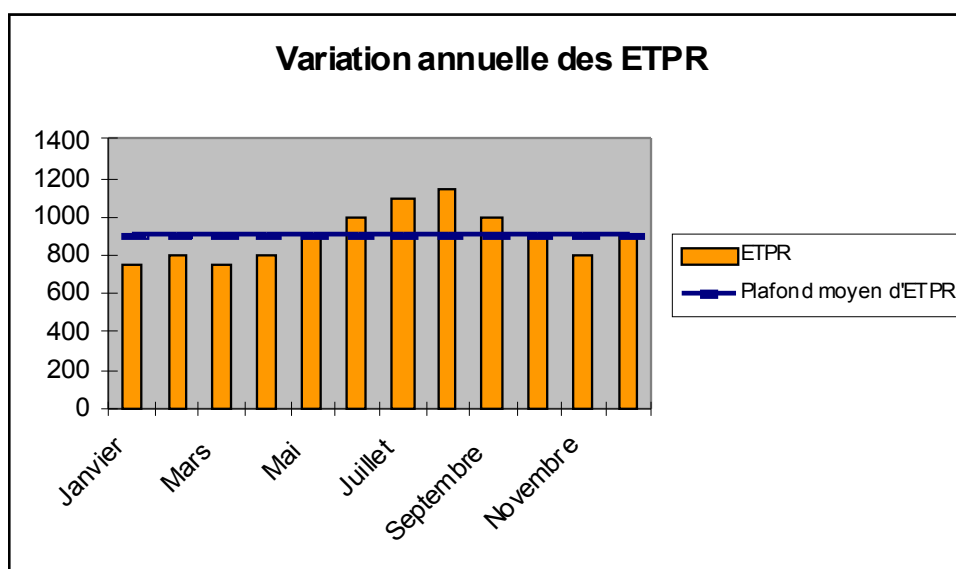
Le décret du 30 novembre 2005 relatif à l'EPRD⁹ met fin au tableau permanent des emplois comme outil budgétaire et lui substitue un TPER, qui décrit l'ensemble des Equivalents Temps Plein que l'hôpital prévoit de rémunérer effectivement dans l'année que ces ETP correspondent à des personnels permanents, temporaires ou soumis à dispositions particulières. Il est ventilé entre les différents corps et statuts de personnel, et prend en compte la date de recrutement ou la quotité de temps de travail.

Le TPER constitue un outil de prévision des effectifs rémunérés, qui traduit l'équilibre entre un schéma d'emploi fin (prévisions de recrutement par catégorie de personnel compte tenu des besoins identifiés et des perspectives de départ, d'où une articulation

⁹ Décret du 30 novembre 2005 : Le TPER « fait apparaître, pour chacun des comptes de résultats prévisionnels et par grade, qualification ou statut, l'effectif du personnel médical et non médical dont la rémunération est inscrite à l'état de prévisions de recettes et de dépenses ».

nécessaire avec une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) et la prévision globale de recettes de l'hôpital. Sa valorisation correspond globalement à la masse salariale prévisionnelle de l'hôpital. Le TPER correspond à un plafond annuel d'emploi qui peut, selon les besoins de l'hôpital, varier :

- *En masse* (sous réserve du respect, en moyenne annuelle, de ce plafond) et
- *Dans la répartition entre catégories et statuts de personnels* (sous réserve du respect de la réglementation relative au statut de la FPH, des orientations et règles de gestion des ressources humaines définies globalement pour l'AP-HP et du caractère limitatif des crédits inscrits aux comptes 641-1 et 641-3).



C'est désormais le TPER qui est la référence de l'hôpital pour la gestion de ses ressources humaines. Il constitue l'objectif à atteindre :

- Du point de vue quantitatif: le TPER correspond à un " effectif cible "
- Du point de vue qualitatif: le TPER décrit une " structure d'emploi cible "

En 2008, les hôpitaux de l'AP-HP sont invités à travailler sur la délégation aux pôles d'un TPER (et non plus d'un TE) et d'une masse salariale. C'est l'hôpital qui définit le périmètre de ce TPER et de la masse salariale qu'il délègue.

Cette nouvelle donne modifie de façon importante les contours de la gestion des dépenses de personnel au sein des sites et du siège.

1.1 Analyse des enjeux d'une gestion en masse salariale

Ce basculement fait apparaître de nouveaux enjeux en terme de liberté de gestion **(1.2.1)** et pose la question de la portée juridique du tableau des emplois dans la gestion des ressources humaines **(1.2.2)**.

1.1.1 Liberté de gestion et rationalisation de la gestion des dépenses de personnel

1.1.1.1 L'analyse de la gestion en tableau des emplois fait apparaître une rigidification des marges de manœuvre du directeur d'hôpital et une absence de prise en compte de la dimension financière des dépenses de personnel.

Dans la logique tableau des emplois, le directeur d'hôpital est exclusivement attaché à optimiser son TPE, qui peut devenir un carcan extrêmement rigide compte tenu de sa segmentation limitative par corps. Sauf à mettre en place un système de gage complexe et difficilement lisible, subordonné à des vacances de poste, il est quasiment impossible d'ajuster les personnels aux besoins. Pour privilégier le recrutement d'un technicien de laboratoire par exemple, si le tableau d'emplois est saturé, il est beaucoup plus aisé de recourir à un contrat de courte durée ou à de l'intérim, sur lesquels il n'existe aucune contrainte financière, plutôt que de mobiliser les crédits devenus disponibles, suite, par exemple, à une réorganisation de service conduisant à la libération d'un poste de secrétaire médicale.

Cette logique était connectée à une absence de prise en compte de la dimension financière des dépenses de personnel. Sur l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP, on constate depuis quelques années, les effets pervers d'une approche limitée à des emplois permanents, en terme de gestion. Il s'avère que cette approche se double d'une augmentation préoccupante des dépenses d'intérim et de remplacement, non imputable à un accroissement des vacances de poste. En particulier, les premières prévisions d'exécution des dépenses de remplacement pour l'année 2007 font apparaître un dépassement important des crédits autorisés, dans le prolongement de la tendance constatée depuis 2006. Or, l'analyse de l'évolution des dépenses afférentes (de même que celle d'intérim et d'heures supplémentaires conduit en effet à constater une augmentation notable, sans que cette augmentation notable puisse être corrélée à une diminution des effectifs de personnels permanents, à des difficultés conjoncturelles de recrutement, ou à une augmentation de l'absentéisme ¹⁰.

¹⁰ Note technique Préparation de l'EPRD 2008, DF, juillet 2007

Dans ces conditions la qualité et la sincérité de la prévision, mais aussi la lisibilité qui doit être donnée aux gestionnaires dans le contexte d'un pilotage par le résultat implique une évolution des méthodes et des outils en réconciliant effectifs disponibles et masse salariale d'une part, prévision et exécution, d'autre part.

1.1.1.2 La gestion en masse salariale introduit une souplesse dans la gestion des dépenses de personnel : les principes de globalisation et de fongibilité des crédits et des emplois. Des limites sont néanmoins mises en exergue dans le cadre de l'organisation interne siège/ site de l'AP-HP.

Désormais, la gestion en masse salariale devrait au regard des recettes d'activité, permettre aux gestionnaires une plus grande souplesse de gestion des dépenses de personnel. En effet, elle substitue à l'autorisation de crédits limitatifs la détermination d'une enveloppe globale dépenses de personnel avec crédits limitatifs et évaluatifs.

En budget global, tous les comptes qualifiés de niveau de vote sont considérés comme limitatifs. De fait, c'est le niveau du groupe qui est limitatif et suppose une délibération pour la modification de son montant.

En EPRD, intervient une nouvelle notion, le chapitre qui peut être soit limitatif soit évaluatif. Le caractère évaluatif permet d'assurer l'élasticité des dépenses aux variations des recettes, il va être conféré aux chapitres de dépenses variables par nature.

La nomenclature comptable est transformée pour regrouper en chapitres limitatifs les dépenses " durables ". Pour le PNM, il s'agit des fonctionnaires et des CDI. Quant aux chapitres évaluatifs, ils regroupent les dépenses sur lesquelles l'action du directeur d'hôpital reste plus rapidement possible. Pour le PNM, il s'agit particulièrement des moyens complémentaires au personnel permanent à savoir les CDD, les heures supplémentaires et l'intérim.

L'élasticité des dépenses évaluatives est possible en augmentation et en réduction corrélatives aux variations de recettes. Pour celles qui sont limitatives, on peut considérer qu'une sous consommation de leurs crédits autorise un dépassement des crédits évaluatifs par application du principe du respect de l'économie générale de l'EPRD (principe de fongibilité).

Il est à rappeler que les dépenses demeurent caractérisées par le principe de fongibilité asymétrique. Cette fongibilité obéit à une règle particulière : le directeur d'hôpital peut affecter les crédits de personnel à un autre type de dépense (fonctionnement ou investissement par exemple) mais il ne peut pas augmenter les crédits de personnel en transférant des crédits prévus pour d'autres types de dépenses. C'est pourquoi la fongibilité des crédits de personnel est qualifiée d'asymétrique.

Ces nouvelles données ont des conséquences directes au niveau de la gestion des dépenses de personnel au niveau de la direction des finances centrale mais aussi au niveau des sites.

Dans le cadre de la conférence budgétaire de chaque hôpital avec la direction des finances du siège, un arbitrage sur un TPER N+1 et sur un niveau de masse salariale sera effectué. Cette masse salariale est décomposée en prévision de dépenses de permanents, de remplacement, d'heures sup, d'intérim, etc...

L'hôpital pourra en cours d'année procéder à des modifications de la ventilation de ses prévisions de dépenses (entre permanents, remplacement, intérim...) ou de la répartition de ses ETPR entre les différents corps et entre permanents et remplacement.

Ces nouvelles marges de manœuvre peuvent être déployées sous réserve du respect de la masse salariale globale, de la réglementation relative au statut de la fonction publique hospitalière et du caractère limitatif des crédits inscrits aux comptes 641-1 et 641-3.

Ces modifications intervenues au niveau d'un site devront faire l'objet d'un suivi en cours d'année, des temps d'échange sont prévus entre le siège et l'hôpital pour faire le point sur l'évolution du TPER et la ventilation de la masse salariale

Pour conclure, la masse salariale correspond à une dépense intégrant la quasi-totalité des coûts complets des agents. C'est une évolution majeure. Ce qui était auparavant "évaluatif" est désormais intégré dans l'enveloppe autorisée par le siège.

Le pilotage par le résultat conditionné à la détermination d'une prévision de recettes permet au directeur d'hôpital de disposer d'une appréciation de la totalité de ses moyens en personnel et de donner une portée concrète à la notion de masse salariale comme objet de gestion. Le DRH au niveau d'un site doit ainsi réunir et consolider sur son périmètre de responsabilité, l'ensemble des données jusqu'alors éparses.

Néanmoins cette affirmation à l'AP-HP doit être nuancée. La masse salariale des sites de l'AP-HP ne comprend pas certaines dépenses liées aux personnels (la formation, les congés longue durée, des charges diverses...). Elles pèsent néanmoins sur les hôpitaux par la contribution de ces derniers à des charges communes. L'absence de visibilité sur le montant exact de ces dépenses empêche le directeur d'hôpital d'avoir une vision globale des moyens et des charges à sa disposition, ce qui limite d'autant ses marges de manœuvre.

Le passage d'un tableau des emplois à une masse salariale peut par ailleurs entraîner un redéploiement des moyens en personnel. La fin de la valorisation mécanique du TPE laisse place à la valorisation des emplois rémunérés corrigés des flux prévisionnels en ETPR. Par conséquent, les postes vacants non pourvus du TPE ne font plus l'objet d'une valorisation systématique et ne demeurent uniquement que ceux qui sont susceptibles d'être pourvus dans l'année. Le principe de sincérité est de mise. Sachant que l'AP-HP compte environ 3000 postes vacants, les hôpitaux pourraient se voir amputer d'une partie de leur TPE afin de coller au plus près de la réalité des effectifs présents. Ces propos méritent d'être nuancés pour certains sites qui compensaient leurs vacances d'emplois par des dépenses de remplacement.

Selon Monsieur TOUZY, responsable du département Prospective, emploi et effectifs à la DPRS, interrogé sur ce sujet, il convient de rassurer les établissements sur ce point : il s'agit d'objectiver les composantes de la masse salariale, et le cas échéant, de procéder à des rééquilibrages entre les sites, sans les priver d'une nécessaire marge de flexibilité. La question peut se poser, en revanche, de savoir si ces marges de flexibilité demeurent gérées au niveau des établissements ou constituent une réserve d'intéressement centralisée au niveau du siège répartie, soit en fonction de la réalisation des objectifs, soit du niveau de recettes d'activité de l'hôpital. Ainsi, l'ajustement de la masse salariale aux recettes d'activité peut faire l'objet de marges de manœuvre locales, au niveau d'un site, mais aussi de régulations centrales au niveau du siège qui pourrait attribuer ou au contraire supprimer des emplois.

La disparition du TPE, si elle permet une gestion moins contrainte des dépenses de personnel n'est pas sans susciter des interrogations quant au maintien de sa portée juridique dans la gestion statutaire des personnels de la fonction publique hospitalière.

1.1.2 Quid de la portée juridique du TPE ?

1.1.2.1 La fin du TPE, un vide juridique laissant place à une plus grande souplesse de gestion des personnels de la fonction publique hospitalière ?

La gestion en masse salariale liée directement aux recettes d'activités implique une gestion souple du recrutement or, l'application des règles de la fonction publique, dans une logique protectrice des droits des fonctionnaires, maintient un système d'emplois à vie¹¹. Par conséquent, la disparition du tableau des emplois de la procédure budgétaire pourrait laisser un vide juridique dans les domaines du recrutement, de la promotion de grades et de la réintégration dans la position d'activité des fonctionnaires. Cette nouvelle donne permettrait-elle au directeur d'hôpital une plus grande souplesse de recrutement dans le cycle recettes/dépenses ?

Selon Monsieur TOUZY, les réintégrations des agents à la suite d'une disponibilité par exemple doivent, au même titre que les recrutements, être prévues dans la projection de flux lors de la construction du TPER. Quid si la projection n'a pas été réalisée et que la masse salariale, au regard des recettes d'activité, ne permet pas de réintégrer un agent ? Le risque est que cette contradiction fasse l'objet d'un contentieux croissant, au regard du vide juridique laissé par la disparition du tableau permanent des emplois.

1.1.2.2 La survivance du tableau des emplois ?

Le tableau des emplois pourrait constituer une référence pouvant être retravaillée en fonction des réorganisations de travail, dans le cadre de la délégation d'une masse salariale aux pôles .

Sous l'égide de la fonction publique, le tableau resterait une référence nécessaire pour l'application des règles administratives de la fonction publique¹² . Il n'est plus une délibération du CA, il devient donc de fait une compétence propre du directeur.

Si le TPER est une référence évolutive avec l'activité, il conviendrait de pouvoir lier cette évolutivité en interne avec les références d'autorisation réparties dans chaque service ou pôle dans le cadre d'une délégation gestion ressources humaines. Pour conjuguer la gestion en fonction publique et la gestion économique en EPRD, il conviendrait de créer une référence TE dont le volume serait compris dans la valeur

¹¹ le fonctionnaire français est titulaire de son grade et conserve tout au long de sa carrière les droits attachés à ce grade

¹² Jean François ITTY, DRH, Hôpital Bichat, AP-HP, interrogé dans le cadre de la réalisation de ce mémoire

basse de la fourchette d'évolution des recettes. Cette référence permettrait de consolider les autorisations qui seraient données dans chacun des pôles dans une agrégation qui serait soutenable financièrement quelle que soit l'évolution de l'activité. Elle définit un socle d'autorisations pérennes pour organiser les recrutements dans les pôles.

Dans ce nouveau contexte, le pilotage de la masse salariale devient un enjeu crucial pour les gestionnaires centraux (la DRH) comme pour les gestionnaires déconcentrés (les exécutifs de pôle), tant il est à la fois l'instrument de la connaissance des coûts, de la responsabilité (respecter les plafonds) et celui de la liberté (choix de gestion) .

1.2 La nécessaire mise en place d'un pilotage fin de la masse salariale : une mise en cohérence de ses deux composantes: la budgétisation et la gestion annuelle

La méthodologie de construction de la masse salariale proposée par l'AP-HP se fonde sur la détermination d'une base de budgétisation (exécution ou prévision d'exécution de l'année n, corrigée des éléments atypiques ou non pérennes) à laquelle sont appliqués les principaux facteurs prévisionnels de la dépense pour n+1. Par conséquent, cette démarche s'appuie sur le suivi consolidé des dépenses permettant de prévoir au plus près, mois par mois, grade par grade les montants de dépenses et les flux. Elle implique de développer un effort de prévision considérable jusque là inhabituel au niveau des sites. La budgétisation est un processus nouveau qui s'appuie sur une méthodologie évolutive et perfectible **(1.3.1)**. En cohérence, le pilotage devrait permettre, sur la base d'un suivi à l'aide de tableaux de bord, de respecter en exécution l'enveloppe de crédits, tout en tenant compte des contraintes imprévues en cours d'année et en assurant la couverture de la totalité des engagements **(1.3.2)** Le pilotage est un processus en chantier qui nécessite notamment que la problématique du recueil d'activité soit abordée **(1.3.3)**.

1.2.1 La budgétisation de la masse salariale : une démarche évolutive et perfectible

1.2.1.1 Une démarche évolutive vers le schéma cible : la budgétisation en masse salariale et en TPER

L'abandon du tableau des emplois comme référence pour la construction du titre 1 s'est fait progressivement à l'AP-HP. La campagne budgétaire 2008 devrait cependant permettre une budgétisation s'appuyant entièrement sur la masse salariale de 2007 à

laquelle sont appliqués des facteurs d'évolution, et non plus sur une valorisation mécanique d'emplois théoriques.

Les nouvelles dispositions réglementaires relatives à l'EPRD, qui nécessitent de définir un niveau global de charges de personnel compatible avec les prévisions d'activité, avaient en effet conduit, en 2007, à amorcer l'abandon du tableau des emplois permanent comme outil de référence de la budgétisation des dépenses de personnel au profit d'une méthodologie visant à prévoir la dépense réelle de personnel dans sa globalité.

Le basculement vers le schéma cible implique que soient apportées des réponses à un certain nombre d'interrogations. Il est en effet nécessaire, selon Madame RICOMES directrice de la Direction du personnel et des relations sociales de l'AP-HP :

- De définir préalablement quels seront les nouveaux modes de gestion du personnel associés à la réforme, à la fois pour répondre aux contraintes légales et réglementaires (ouverture de postes au concours, gestion des instances paritaires...) et sécuriser le nouveau dispositif
- D'adapter les systèmes d'information¹³
- De construire les outils permettant aux gestionnaires des hôpitaux de s'approprier les nouvelles règles de gestion
- De formaliser le champ de la responsabilisation des hôpitaux ainsi que les outils de contrôle et de reporting
- De modifier le rôle du contrôleur financier¹⁴ en le laissant évoluer d'un contrôle a priori sur les emplois à un contrôle a posteriori, ciblé sur les enjeux les plus significatifs et la maîtrise globale de la masse salariale (à court et moyen terme)
- D'explicitier la démarche auprès de l'ensemble des interlocuteurs et notamment des partenaires sociaux.

La logique mise en œuvre se fonde sur la détermination d'une base de budgétisation constituée de la masse salariale réelle de l'année en cours corrigée des éléments atypiques ou non pérennes, à laquelle étaient appliqués les principaux facteurs prévisionnel d'évolutions de la masse salariale pour l'année suivante (tels que la variations des effectifs, les mesures salariales générales ou catégorielles...). L'analyse de l'exécution de l'année précédente est indispensable pour identifier les éléments atypiques

¹³ Réflexions en cours sur le NSI-RH à l'AP-HP

¹⁴ Le contrôleur financier est une institution propre à l'AP-HP. Il est désigné par le ministère du budget pour exercer un contrôle financier préalable des actes financiers de l'AP.

et non pérennes de l'exécution ainsi que les effets reports¹⁵. Tous ces éléments font l'objet de corrections.

La référence au tableau des emplois permanents a cependant été maintenue, pour des raisons liées aux modalités de gestion des ressources humaines.

La volonté de poursuivre la démarche engagée et de faire du compte de résultat prévisionnel 2008 de l'hôpital et de son équilibre recettes/dépenses un élément central de la procédure et de la négociation budgétaires conduit à proposer pour 2008 la seule référence au tableau prévisionnel des effectifs rémunérés, qui traduit l'évolution prévisionnelle de l'ensemble des équivalents temps plein effectivement rémunérés dans la structure, quel que soit leur statut (titulaires, intérimaires, contrats aidés...).

La démarche de budgétisation s'appuie donc bien désormais sur la masse salariale effectivement consommée au cours de l'année N-1, à laquelle sont appliqués des facteurs d'évolution (prévision de variation des effectifs, des dépenses de gardes...), et non plus sur une valorisation mécanique d'emplois théoriques.

Ainsi, l'exercice 2008 doit permettre d'atteindre deux objectifs distincts :

- Définir la masse salariale prévisionnelle 2008 de chaque hôpital en vue des conférences budgétaires de l'automne 2007 ;
- A l'issue de ces conférences budgétaires, élaborer un tableau prévisionnel des effectifs rémunérés 2008 par hôpital, qui doit se substituer au tableau des emplois permanents et servir de référence à la gestion des ressources en personnel.

Si ces deux objectifs ont vocation à être concordants in fine, la masse salariale d'un hôpital correspondant directement à la valorisation de son TPER, les biais sont à ce stade trop importants pour que l'exercice de construction de la masse salariale prévisionnelle 2008 s'appuie sur la seule élaboration d'un TPER.

Ainsi, pour 2008, le périmètre du TPER qu'il est demandé aux hôpitaux d'élaborer inclut uniquement les effectifs rémunérés de permanent et de remplacement, et non les équivalents temps plein correspondant aux dépenses d'intérim et d'heures supplémentaires.

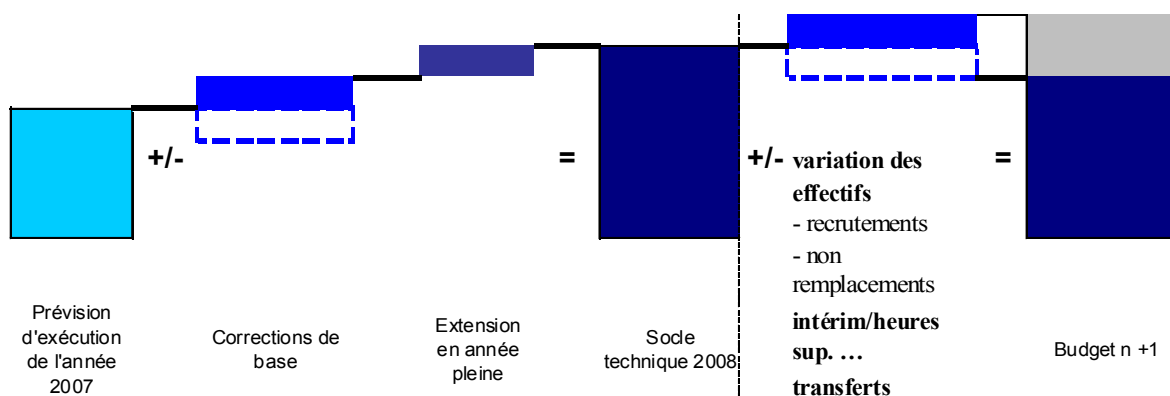
¹⁵ Effet report : Les décisions prises en gestion (« mesures nouvelles ») conduisent généralement à une augmentation (ou une diminution) des dépenses de l'année en cours, mais aussi parfois de l'année suivante. C'est la date à laquelle les mesures prennent effet qui détermine leur impact sur la dépense sur l'année en cours et, le cas échéant sur l'année suivante. L'effet report en année n+1 est nul si une mesure est mise en oeuvre au 1er janvier de l'année n, car la mesure prendra son plein effet sur l'année où elle intervient. En revanche, si la mesure intervient le 1er juillet, elle impactera non seulement les 6 derniers mois de l'année, mais aussi les 6 premiers mois de l'année suivante. (Guide pratique : le pilotage de la masse salariale, Minefi, juin 2005)

Il est donc proposé aux hôpitaux de procéder de façon " mixte " : d'une part en réalisant une prévision de dépense globale 2007 et d'autre part en appliquant à cette masse salariale 2007 une prévision de variation en 2008 des effectifs rémunérés, des dépenses d'intérim, d'heures supplémentaires, de gardes... Lors de l'arrivée de nouveaux agents, c'est la date d'arrivée qui détermine le montant des crédits correspondant pour l'année. Une arrivée au 15 décembre ne représente la première année que (0,5/12) soit 4,1 % de la dépense en année pleine. Il en va de même pour les départs.

La somme de la masse salariale 2007 et des prévisions de variation 2008 constitue la masse salariale prévisionnelle de l'hôpital, hors effet prix 2008 (c'est à dire hors mesures salariales générales, catégorielles, individuelles 2008 et hors contributions nouvelles).

Le niveau prévisionnel de masse salariale ainsi évalué sera examiné, dans le cadre de la conférence budgétaire, au regard de l'équilibre recettes/dépenses de l'hôpital et de l'institution.

SCHEMA DE CONSTRUCTION DE LA MASSE SALARIALE



Est présentée ci-dessous la méthodologie de construction de la masse salariale pour 2008, telle qu'elle a été diffusée aux sites.

LES MODALITES DE CONSTRUCTION DE LA MASSE SALARIALE 2008 DU PNM

Première étape : prévision d'équivalents temps plein rémunérés de permanents et de remplacement 2008 (annexes TPER permanents et TPER remplacement)

La prévision de l'hôpital constitue la première étape du processus de construction de la masse salariale prévisionnelle 2008.

Cette prévision doit permettre de bâtir de Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés de l'hôpital qui, pour 2008, inclut uniquement les effectifs rémunérés de permanent et de remplacement, et non les Equivalents Temps Plein correspondant aux dépenses d'intérim, d'heures supplémentaires ou de contrats aidés. Il prend en compte, pour les ETP de permanents ou de remplacement, la date de recrutement ou la quotité de temps de travail.

A terme, ce TPER devra décrire l'ensemble des Equivalents Temps Plein que l'hôpital prévoit de rémunérer effectivement dans l'année, que ces ETP correspondent à des personnels permanents, temporaires, soumis à dispositions particulières ou à des personnels intérimaires. Sa valorisation correspondra à la totalité de la masse salariale prévisionnelle chargée de l'hôpital (hors crédits inscrits aux comptes 647 et 648).

- Réalisation de la révision de personnels permanents 2008 (annexes TPER permanents)

Deux étapes président à la réalisation de cette prévision :

Construction du socle d'ETP rémunérés (ETPR) de permanents 2008 avant prévision de variation en 2008 de ces ETPR.

Elle s'appuie sur :

- Une prévision d'ETPR au 31/12/2007 (annexe TPER permanents 1) : réalisée à partir des ETP rémunérés de permanents au 31/07/07, doit s'y ajouter votre prévision de flux août/décembre 2007.
- Le calcul des extensions en année pleine de flux constatés avant le mois d'août 2007 (annexe TPER permanents 2). Les données relatives à ces flux seront fournies par la DEF ; le calcul des extensions en année pleine sera réalisé automatiquement.

Prévision de variation d'ETP rémunérés de permanents pour 2008 (annexe " mesures 2008 ").

Cette prévision s'appuie nécessairement sur la définition d'un schéma emploi :

- Fin (prévisions de recrutement par catégorie de personnel compte tenu des besoins identifiés et des perspectives de départ)
- Réaliste (prise en compte notamment des tendances d'évolution constatées les trois dernières années)
- Tenant compte de la saisonnalité des flux d'entrées et de sorties

Cette prévision doit prendre en compte la totalité des flux prévisionnels 2008 de personnels permanents, qu'il s'agisse de flux liés :

- A des projets nouveaux

- A de la " gestion courante " : recrutement engagés, retours de promotion professionnelle, de mise à disposition...
- A des transferts
- A la mise en œuvre du Plan Equilibre

Ces flux prévisionnels doivent figurer dans les fiches Mesures 2008 (sauf pour les flux liés à la mise en œuvre du Plan Equilibre, décrites dans l'annexe 5 du présent document), dont les modalités d'élaboration sont décrites en annexe 4.

Les prévisions de variation des effectifs de permanents figurant dans ces fiches devront faire apparaître le ou les qualifications concernées et devront être convertie en ETP afin de prendre en compte la date de recrutement ou de départ. Elle seront valorisées sur la base de coûts moyens (coûts moyens chargés 2007, hors taxe sur les salaires) par hôpital et par qualification qui vous seront communiqués.

L'annexe TPER permanents 3 récapitule les différentes étapes de construction du TPER de permanents 2008

Enfin, **l'annexe TPER permanents 4** concerne les prévisions de recrutement par concours.

Il est demandé de la renseigner en cohérence avec les perspectives de flux août/décembre 2007 et de l'année 2008. Les données fournies au titre de l'année 2007 correspondent aux recrutements que vous souhaitez réaliser au titre des sorties de concours 2007. Les besoins énoncés pour l'année 2008, permettront à la DPR de calibrer le volume global des concours 2008.

- Réalisation de la prévision de personnels de remplacement 2008 (annexes TPER remplacement)

Construction du socle d'ETPR de remplacement 2008 (annexe TPER remplacement 1).

Il s'agit de la prévision d'ETP rémunérés de remplacement au 31/12/07. Elle est réalisée à partir des ETP rémunérés de remplacement au 31/07/07 (données fournis par la DEF) et doit tenir compte de votre prévision de flux août/décembre 2007.

Prévision de variation d'ETPR de remplacement en 2008 (annexe " mesures 2008 ").

Comme pour les flux de permanents, ce flux prévisionnels doivent figurer dans une fiche Mesures 2008, être convertis en ETP et valorisés sur la base de coûts moyens par hôpital et par qualification, communiqués le 20 août par la DEF.

L'annexe TPER remplacement 2 récapitule les différentes étapes de construction du TPER de remplacement 2008 (remplissage automatique).

Le socle d'ETP rémunérés de permanents et de remplacement 2008, auquel on ajoute les prévisions de variations d'ETPR 2008, constitue la proposition de Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés 2008 de l'hôpital.

Deuxième étape : élaboration du socle de dépenses 2008

Le socle 2008 concerne l'ensemble de la masse salariale de personnel non médical (permanents, remplacement, intérim, heures supplémentaires, contrats aidés et apprentis, dépenses diverses).

Il s'agit de constituer la base de budgétisation, à partir de la prévision de dépense cumulée au 31 décembre 2007, à laquelle sont ajoutées les extensions en année pleine des flux 2007, corrigée des événements intervenus en 2007 et n'ayant pas vocation à se reproduire en 2008 (mesures 2007 non reconductibles, virements entre titres...).

➤ Socle 2008 de dépenses de personnel permanent (hors heures supplémentaires) (**annexe Prévion dépense permanents 2008**)

Prévion de dépense cumulée de permanents au 31/12/07

Une prévion de dépense cumulée de permanents au 31/12/07 vous sera communiquée par la DEF.

Elle s'appuiera sur une projection forfaitaire des dépenses sur les cinq derniers mois de 2007, prenant comme référence la dépense de permanents du mois de juillet (mois de juillet*5).

Seront ajoutées à cette projection les prévions de dépenses de dimanches et jours fériés, de prime de vie chère et de prime de service (formules de calcul précisées dans l'annexe).

Il vous est demandé de corriger cette prévion de dépense au 31/12/07 de l'impact des flux prévionnels de personnels permanents d'août à décembre 2007, en reportant le montant total calculé dans l'annexe TPER permanent 1 dans la case 3 de l'annexe Prévion dépense permanents 2008.

Corrections de base

Doivent donner lieu à des corrections en plus ou en moins :

- Les mesures 2007 non reconductibles
- Les virements entre titre (essentiellement la répartition entre le titre 1 et le titre 4 lorsque certaines dépenses de personnel ont été imputées sur des charges exceptionnelles)
- Les redéploiements entre dépenses de personnel permanent et les autres postes de dépenses (remplacement, heures supplémentaires, intérim) qui ne sont pas reconduits en 2008
- Les événements de gestion tels qu'un versement important de rappel ou un décalage exceptionnel de paiement d'un exercice sur l'autre.

Les montants correspondants doivent être inscrits en case 5 de l'annexe Prévion dépense permanents 2008.

Extensions en année pleine

Il s'agit de :

- L'extension en année pleine de l'augmentation de la valeur du point fonction publique de 0,8 % au 01/02/2007. Le montant correspondant doit être inscrit dans la case 6 bis de l'annexe Prévion dépense permanents 2008 (formule de calcul précisée dans l'annexe).
- L'extension en année pleine des flux de permanents 2007

➤ Socle 2008 de dépenses de personnel de remplacement (**annexe Prévion dépense remplacement 2008**)

Une prévion de dépense cumulée de remplacement au 31/12/07 vous sera communiquée par la DEF le 20 août.

Vous êtes invités à ajuster cette prévion de dépense, en vous appuyant sur la valorisation de vos flux prévionnels de remplacement d'août à décembre 2007 (annexe TPER remplacement 1).

➤ Socle 2008 de dépenses d'intérim, d'heures supplémentaires, de contrats aidés, d'apprentis et de dépenses diverses (**annexe Prévion autres dépenses 2008**)

Il vous est demandé de réaliser une prévision de dépenses d'intérim, d'heures supplémentaires, de contrats aidés, d'apprentis et de dépenses diverses au 31/12/2007.

Le point de départ de cette prévision doit être la dépense constatée au 31 juillet 2007, que vous extrapolerez en fonction de vos prévisions d'activité sur les cinq derniers mois de l'année 2007.

Il conviendra dans le cadre de cette prévision de dépense de neutraliser les restes à mandater exceptionnels.

Troisième étape : prévision de dépense 2008

Les prévisions de variations 2007/2008 d'effectifs rémunérés de permanents et de remplacement de variation de la dépense d'intérim, d'heures supplémentaires, de contrats aidés, de dépenses sur fonds subventionnels et de dépenses diverses, ajoutées au socle 2008, constituent la prévision de dépense 2008 (hors " effet prix 2008 ").

Ces prévisions de variations doivent apparaître dans les fiches Mesures 2008 ou dans l'annexe Plan Equilibre.

➤ Prévision de dépense de personnel permanent 2008 (annexe **Prévision dépense permanent 2008**)

La prévision de dépense de personnel permanent 2008 correspond à la somme du socle 2008 et de la valorisation de l'ensemble des prévisions de flux de permanents 2008 figurant dans les fiches Mesures 2008.

Il vous est donc demandé de reporter dans la case 7 de l'annexe Prévision dépense permanents 2008 le montant correspondant à la valorisation des ETP de permanents figurant dans les fiches Mesures 2008 ou dans l'annexe Plan Equilibre, en distinguant entre les différents types de flux (liés à des projets nouveaux, à des transferts, au Plan Equilibre ou à d'autres types de flux).

NB : Il ne vous est pas demandé à ce stade de réaliser une prévision de dépense supplémentaire liée à l'utilisation des CET. Les modalités de reprise sur la provision constituée à ce titre sont en cours de définition par la DEF et la DPRS.

➤ Prévision de dépense de personnel de remplacement 2008 (annexe **Prévision dépense remplacement 2008**)

La prévision de dépense de personnel de remplacement 2008 correspond à la somme du socle 2008 et de la valorisation des prévisions de flux de remplacement 2008.

➤ Prévision de dépenses d'intérim, d'heures supplémentaires, de contrats aidés, d'apprentis et dépenses diverses 2008 (annexe **Prévision dépenses diverses 2008**)

Vous reporterez dans la colonne D les prévisions de variation de dépenses d'intérim, d'heures supplémentaires, de contrats aidés, d'apprentis et de dépenses diverses figurant dans vos fiche Mesures 2008.

Pour la prévision de dépenses d'intérim et d'heures supplémentaires 2008, il est rappelé que, à l'instar des dépenses de remplacement, leur maîtrise constitue un impératif.

Le niveau et les modalités de résorption du dépassement des crédits 2007 éventuellement constaté seront examinés en conférence technique.

Il vous est également demandé de réaliser une prévision de votre contribution au Fonds D'Insertion pour les Personnes Handicapées, en vous appuyant sur les modalités de calcul précisées dans la note du 11 juillet 2007.

La somme des prévisions de prévisions de 2008 e permanents, de remplacement, d'hures supplémentaires, d'intérim, de contrats aidés et

d'apprentis, de dépenses diverses et de taxe sur les salaire constitue la prévisions de masse salariale 2008, hors " effet prix " (annexe Synthèse PNM).

Source : Fiche technique DF/ DPRS AP-HP 2007

1.2.1.2 La budgétisation : un processus perfectible

La budgétisation de la masse salariale est un processus exigeant qui requiert la mise en place d'outils de projection des dépenses de personnel. Des outils ont été élaborés par le siège afin de permettre aux sites de calculer les flux de personnels et les coûts moyens de chaque catégorie de personnel. Des coûts moyens par grande catégorie de personnel seront calculés au niveau de chaque site, permettant au gestionnaire de pouvoir calculer ses projections au plus près de la réalité de ses coûts.

Le bureau de la gestion prévisionnelle de l'emploi et des effectifs au siège a mis en place une base de donnée sous intranet (Pilote RH) qui restitue pour chaque site (chacun pouvant se comparer aux autres) l'état de ses effectifs sur quatre ans (permettant d'élaborer des projections), les pyramides des âges par corps, par service, par pôle... les données d'absentéisme et depuis peu les flux d'entrées/sorties détaillés.

Il est rappelé que l'élaboration de la masse salariale au niveau des sites ne porte pas sur toutes les composantes de la masse salariale, en particulier l'effet prix. L'effet prix correspond à plusieurs déterminants de la dépense qui ne sont pas évalués au niveau des sites. Il s'agit entre autres de la rémunération accessoires (indemnités diverses, supplément familial de traitement, prime de service, indemnités de nuit ou pour le travail le dimanche et jours fériés...) les mesures générales et catégorielles, l'évolution du " glissement vieillesse technicité (GVT), les changements de grade et d'échelon, cotisations sociales.

Le calcul du taux d'évolution de ces dépenses est réalisé au niveau central par le siège. De même, les dépenses en matière de promotions professionnelles et de formation sont mutualisées au niveau central. Ces dépenses centralisées sont ensuite facturées aux sites d'une façon indirecte sous formes d'une ligne budgétaire " charges communes ", au titre du principe de solidarité qui lie les 39 sites de l'AP-HP. Ces charges entrent ainsi indirectement dans la composition de la masse salariale d'un site, sans que celui-ci ne puisse réellement en connaître les contours. Par conséquent, ses marges de manœuvre en terme de gestion en sont réduites d'autant. Ces coûts sont par nature difficilement maîtrisables. Des améliorations ont, cependant, été réalisées. Par exemple, le siège a permis aux sites de calculer leur propre cotisations au fonds d'insertion pour les personnes handicapées créé au titre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

L'objectif est d'élargir le champ des dépenses susceptibles de faire l'objet d'une valorisation locale au niveau du site au plus près des dépenses réelles.

Le processus de budgétisation connaît des marges d'amélioration certaines. Il doit être complété par le processus de gestion annuelle.

1.2.2 La gestion annuelle de la masse salariale: un processus en chantier

La gestion annuelle, en cohérence avec la budgétisation, a pour objectif de permettre de respecter en exécution l'enveloppe de dépenses accordée par le siège en fonction des prévisions de recettes. Elle doit permettre également un pilotage recettes/dépenses (1.3.2.1). Dans sa méthodologie, la gestion annuelle doit inclure les recettes d'activité (1.3.2.2) Se pose la question des modalités de recueil des recettes d'activité au regard plus particulièrement des enjeux qu'elles comportent dans le cadre d'une gestion en masse salariale (1.3.2.3)

1.2.2.1 Les objectifs du suivi des dépenses de personnel

Une fois déterminée l'enveloppe de crédits de personnel et le scénario de gestion sous-jacent (entrées, sorties, calendriers des concours, mesures salariales) pour l'année n, il est nécessaire de suivre et d'analyser l'exécution de la dépense et la consommation des ETPR par des exercices de prévision annuelle et infra-annuelle. Il s'agit du processus de pilotage qui vise plusieurs objectifs :

- S'assurer du respect du double plafond : crédits de titre 1 et ETPR
- Identifier d'éventuelles dérives et prendre les mesures correctives qui s'imposent
- Identifier des marges de manœuvre pour s'ajuster à une éventuelle évolution à la baisse des recettes d'activité ou exercer la fongibilité au sein du titre 1 et, le cas échéant, vers les autres titres.

Fongibilité totale des types de dépenses de personnel, globalité du plafond d'emplois, fongibilité asymétrique des dépenses de personnel avec les autres dépenses : autant d'éléments qui rendent indispensable un suivi précis de la masse salariale. Pour autant, les outils qui sous-tendent ce suivi (entrées/sorties, GVT, impact en cours d'année des mesures individuelles et catégorielles, allocations pour perte d'emploi, fiscalité sociale, etc.) ne sont pas les plus communément partagés dans des services jusqu'ici centrés sur la gestion administrative des corps. Il apparaît ainsi nécessaire de former les gestionnaires à ce type de compétences, et de réorienter à moyen terme les recrutements de façon cohérente.

Piloter la masse salariale permet d'en optimiser l'utilisation en s'appuyant sur des méthodes, des techniques et des outils, afin d'opérer des choix de gestion en conformité avec le projet d'établissement. En effet, le pilotage doit être réalisé à la lumière des axes stratégiques du projet d'établissement et non en fonction d'un strict respect de l'équilibre budgétaire.

Au niveau local il est fondamental de suivre et de piloter la masse salariale.

Le pilotage de la masse salariale conduit à se poser un certain nombre de questions telles que : quels sont les éléments constitutifs de la masse salariale ? Quels en sont les postes principaux ? comment fluctue t-elle au cours de l'année en fonction des pics d'activité ou de date de versement des primes ? Ces éléments sont traditionnellement analysés et de façon globalisée par les services du siège. Néanmoins, c'est au niveau des sites que doit être organisé ce questionnement de base afin de tenir compte des situations spécifiques.

A cet égard, la direction des ressources humaines de l'HEGP s'est dotée d'une cellule contrôle de gestion des dépenses de personnel. Les travaux de cette cellule s'articulent autour précisément de la gestion des dépenses de personnels en masse salariale, elle regroupe la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et le contrôle de gestion animé par la tenue de tableaux de bord mensuels. La mission qui m'est impartie durant le stage long est de mettre en place des tableaux de bord de suivi des dépenses de personnel significatives (permanents, remplacements, heures supplémentaires, intérim). Pour chacune de ces dépenses des indicateurs pertinents ont été définis : en volume, mensualités ou en coûts, le périmètre : global hôpital ou par pôle et les grandes catégories de personnel (personnel ouvrier et technique, personnel administratif et personnel hospitalier). **(Annexes 1, 2, 3 et 4)** Le suivi s'effectue par pôle, ce qui facilitera une évolution vers une mise en adéquation des recettes et des dépenses au niveau des pôles dans le respect de leur solde d'exécution prévisionnel. Loin de demeurer un pur exercice technique, le pilotage de la masse salariale est l'un des instruments clés qui permet de tirer entièrement profit de la gestion globalisée des crédits. De la requalification de la structure d'emplois, à l'achat de nouveaux meubles (fongibilité asymétrique redéploiement des marges de manoeuvre constatées sur les dépenses de personnel sur le budget de fonctionnement par exemple) en passant par le management (abonder le régime indemnitaire), le pilotage de la masse salariale renforce le directeur d'hôpital dans sa position de manager et de décideur.

Dans un premier temps, le pilotage de la masse salariale se fait essentiellement au niveau des montants de dépenses autorisés. Il doit néanmoins évoluer vers une mise en regard de ces dépenses avec les recettes d'activités.

1.2.2.2 Vers un pilotage des dépenses de personnel élargi aux des recettes d'activités.

Le pilotage de la masse salariale s'inscrit encore au niveau des sites dans une démarche itérative, caractérisée par de constants allers retours entre le prévisionnel et le constaté. Les éventuels écarts doivent être identifiés pour réajuster la prévision en fonction de la dépense constatée et permettre ainsi de prendre les mesures de gestion qui sont rendues nécessaires pour respecter l'enveloppe allouée ou qui sont rendues possibles en cas de marges de manœuvre.

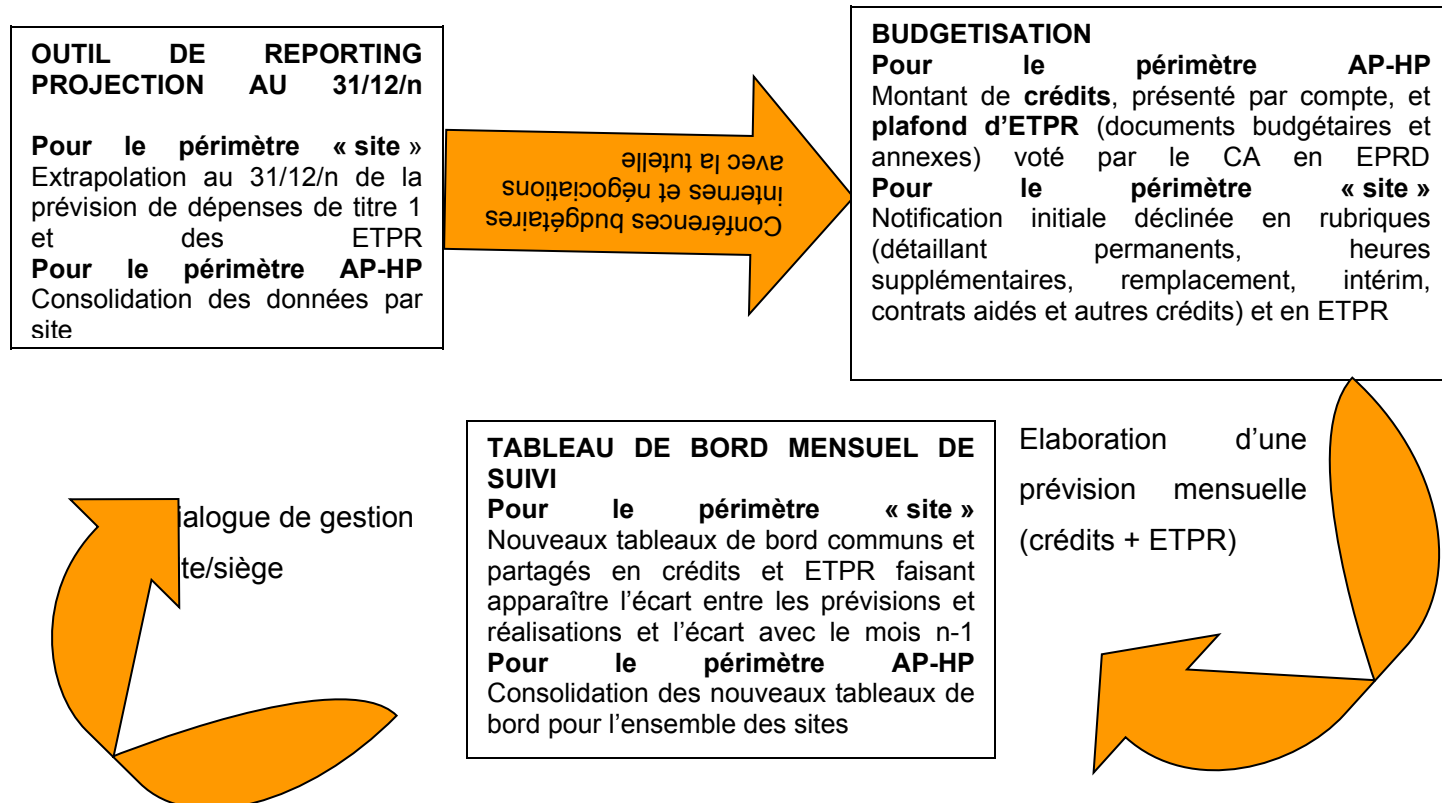
Au regard de la logique de pilotage par l'activité, le suivi budgétaire des dépenses de personnel doit évoluer vers l'intégration de l'écart recettes/dépenses. En effet, la gestion en masse salariale et la mise en place progressive des comptes d'exploitation placent l'écart recettes / dépenses au cœur de la construction et du suivi budgétaire. Une analyse spécifique de l'écart entre l'activité et les recettes réalisées, et les données prévisionnelles est demandé à chaque site pour les deux reportings coïncidant d'une part avec les rapports quadrimestriels de l'AP-HP (**Annexe 5**) et d'autre part avec les remontées trimestrielles PMSI. Le suivi budgétaire, dont un des indicateurs central est l'écart entre la dépense constatée et les crédits ne peut dans ces conditions qu'être partiel et ne constitue pas un outil de pilotage efficace, a fortiori lorsque l'anticipation de dépense de fin d'exercice s'écarte significativement du niveau de crédit.

Qui plus est, l'examen des écarts prévision/réalisation suppose que les crédits soient saisonnalisés.

Seul un rapprochement des prévisions et de la réalité peut permettre un pilotage en fonction d'un objectif de respect de l'équilibre.

Cet équilibre doit être entendu toutes autres choses égales par ailleurs et notamment non compris les ajustements nécessaires en cas de variation forte de l'activité et donc des recettes qui peuvent imposer des décisions de gestion sur le titre I.

BUDGETISATION ET PILOTAGE DES DEPENSES DE PNM - AP-HP



Le pilotage des dépenses de personnel doit désormais être réalisé au regard des recettes d'activité de l'hôpital. Ce suivi peut être effectué plus facilement au niveau déconcentré. En effet, le gestionnaire s'engage sur sa prévision de dépenses au niveau macro qui n'est que l'agrégation des dépenses constatées dans les pôles : c'est à ce niveau qu'il exerce sa vigilance.

Le recueil des recettes d'activité, indispensable au pilotage de la masse salariale, représente une démarche globalement nouvelle qui pose de nombreuses questions, quant à sa fiabilité. Des marges d'amélioration sont à rechercher.

1.2.3 La problématique du recueil des recettes d'activité

Tout d'abord s'exprime la difficulté d'établir une prévision de recettes permettant elle-même de bâtir une prévision de dépenses notamment de personnel, qui plus est une estimation de recettes d'activité sur laquelle reposera le pilotage des dépenses de personnel. La marge d'incertitude sur les tarifs des GHS liée au système de régulation

nationale des tarifs " prix-volume " crée une instabilité qui n'est pas propice à un pilotage fin des dépenses de personnel.

La définition d'un indicateur d'activité fiable destiné au pilotage de la masse salariale est une démarche actuellement en chantier à l'HEGP. Elle nécessite de prendre en considération de nombreux paramètres.

La seule logique financière d'équilibre recettes / dépenses ne peut raisonnablement servir de base au pilotage de la masse salariale. En effet, cette approche nécessite d'être enrichie d'un certain nombre de paramètres propres au contexte hospitalier (qualité des soins, couverture des missions du service public hospitalier).

1.2.3.1 Les incertitudes liées au recueil des recettes

Le paiement au tarif par séjour s'appuie sur le PMSI. Chaque passage dans un service hospitalier fait l'objet d'un recueil d'informations médicales colligées dans un résumé d'unité médicale (RUM). Chaque séjour hospitalier, qui peut se dérouler dans un ou plusieurs services, donne lieu à la production d'un résumé standardisé de sortie (RSS) qui correspond à l'agrégation des RUM collectés. Sur la base d'informations contenues dans ce résumé de séjour hospitalier, le séjour est classé dans un groupe homogène de malades (GHM). A chaque GHM est appliqué un tarif défini au niveau national, qui sert à rémunérer l'établissement qui a pris le patient en charge. Dans certains cas, à un GHM correspondent plusieurs tarifs ; un nouveau concept a donc fait son apparition, celui du groupe homogène de séjours (GHS) qui sert à qualifier la prestation (plusieurs GHM pourront donc être définis pour un même GHM) . Dans le dispositif, le support de tarification est le GHS, le support de la description de l'activité est le GHM.

Le financement des séjours par l'assurance maladie est donc réalisé au niveau hôpital sur la base des séjours réalisés au sein de l'entité juridique.

La répartition des recettes des séjours entre unités de l'hôpital nécessite un calcul qui devra être réalisé en local (ce calcul n'a aucun fondement officiel car il est contraire à la logique du séjour pris dans sa globalité et à la logique de l'entité juridique). Plusieurs clés de répartition existent, parmi les différentes possibilités de répartition deux méthodes sont actuellement préconisées par la MEAH :

- Répartition des recettes GHS des séjours multi-unité sur la base de la durée de séjour dans l'unité pondérée par le poids moyen du cas traité des mono-unité.

- Répartition des recettes GHS des séjours multi-unité sur la base de la durée de séjour dans l'unité pondérée par le poids moyen de la journée des mono-unité (choix HEGP depuis 2006)

Les limites de chacune de ces méthodes résident dans le taux de séjour multi unités : plus le taux de multi-unités est élevé, plus la fiabilité de la répartition de la recette entre les pôles est contestable. Ainsi, plus les contours du pôle répondent à une logique de parcours de soins cohérent, plus les recettes sont fiables puisque moins éclatées. Des spécialités comportant beaucoup de séjours multi unités comme les réanimations ou les urgences sont fortement impactées par le choix de la clé de répartition. Par conséquent, à la lumière de cette analyse, il apparaît que le montant des recettes d'activités calculées à un niveau infra-annuel pour les unités cliniques des pôles ne reflète pas in extenso l'activité réellement réalisée.

Ce choix ne repose pas sur une base scientifique " incontestable " [...]. L'important est d'obtenir un consensus interne sur la méthode en en connaissant les limites¹⁶.

Ainsi, est-il nécessaire de relativiser une application trop littérale des tarifs de la T2A pour analyser les dotations en moyens de personnel et croiser les comptes d'exploitation avec des indicateurs traditionnels (en fonction des caractéristiques de l'activité) :

- Nombre de lits, d'entrées
- Nombre d'actes, de consultations
- Volume de cotation CCAM, NGAP

La durée moyenne de séjour, le taux d'occupation des lits, le taux de lits ouverts ainsi que des ratios tels que PNM / GHS représentent également des indicateurs significatifs pour apprécier la réalité de l'activité.

Par conséquent, au regard de l'incertitude qui pèse sur les indicateurs d'activité, l'action sur les dépenses de personnel en cas de baisse prolongée de l'activité ne pourrait se faire que sur la base de règles communes définies par l'administration et l'exécutif de pôle au sein du contrat d'objectif et de moyens du pôle.

1.2.3.2 La définition d'un indicateur de productivité des dépenses de PNM

¹⁶ Extrait du guide de la MEAH (Méthodologie de construction du volet « Produits » du CREA) 2007

Un indicateur permet cependant de mettre en lien les dépenses de PNM constatées dans l'hôpital avec les dépenses théoriques de PNM issues de la référence nationale.

Cet indicateur (tableau coût case-mix) construit à partir des données PMSI et des données de comptabilité analytique permet de mesurer la productivité des dépenses de personnel non médical à partir de l'Echelle nationale des coûts (ENC). Il s'agit d'appliquer le coût moyen des postes de PNM afférent à un GHM défini dans l'ENC au case-mix de l'hôpital ou d'un pôle. Ce calcul permet de comparer les dépenses de PNM globales de l'hôpital avec celles d'un hôpital fictif dont l'activité serait identique. Cette approche permet d'évaluer la productivité des dépenses de PNM par grande catégorie, infirmiers, aides-soignants au regard d'une référence nationale

Ce principe de construction pose une première question : un CHRU peut-il se comparer à un échantillon représentatif du parc hospitalier français (cas de l'ENC) ou seulement à des CHRU ?

Si l'indicateur peut être pertinent au niveau hôpital, son analyse et sa réalisation deviennent plus délicates et contestables au niveau infra hôpital, notamment au niveau pôle.

La limite est la ventilation des postes de dépense des GHM pour les séjours multi unités (cf. limite évoquée pour la répartition des recettes GHS au niveau pôle).

Enfin, l'analyse des outils de pilotage ne peut se limiter à la recherche d'un équilibre recettes/dépenses, ces outils être doivent élaborés au regard également des axes stratégiques du pôle ou a fortiori de l'établissement. L'interprétation des indicateurs ne peut faire l'économie d'une analyse des objectifs du projet médical du contrat de pôle. En effet, réduire les effectifs pourrait s'avérer contre-productif :

- Cela pourrait avoir pour effet de baisser la capacité de réaliser l'activité (optimisation des effectifs)
- Au cas où l'activité pourrait reprendre, le temps de recrutement du personnel ne permettrait pas de réamorcer rapidement cette reprise.

Des marges d'amélioration liées à l'évaluation des recettes d'activité et à la mise en place d'indicateurs de résultat fiables doivent être développées. Néanmoins, les comptes de résultats des pôles peuvent servir de base au pilotage par le résultat et indiquer les évolutions nécessaires de la masse salariale au regard des recettes d'activité. A partir de ces constats, une réflexion sur les modalités d'ajustement de la masse salariale est indispensable au maintien de l'équilibre recettes/ dépenses.

2 Les modalités d'ajustement des dépenses de personnel en fonction des recettes d'activité.

A partir d'une réflexion sur les organisations (2.1), des leviers de flexibilisation de la masse salariale peuvent être définis à partir soit des emplois (effet volume) (2.2) soit des coûts (effet prix) (2.3). Ces variables quantitatives ne sauraient néanmoins occulter une approche plus qualitative de la flexibilisation de la masse salariale à travers une attention portée à la motivation des personnels (2.4).

2.1 La flexibilisation par les organisations de travail

La flexibilisation par les organisations de travail s'articule autour de plusieurs pistes, l'organisation en pôle d'activité (2.1.1), les organisations impactant les indemnités des dimanches et jours fériés (2.12), la mise en place d'une équipe de suppléance (2.1.3) et l'opportunité de déléguer une masse salariale aux pôles (retour d'expérience HEGP) (2.1.4)

2.1.1 L'organisation en pôle d'activité : une opportunité de mutualisation des moyens humains

La nouvelle frontière de la réduction des coûts passe par de véritables opérations de *reengineering*¹⁷ qui repensent en profondeur l'organisation et les finalités des principaux processus de prise en charge. Le *reengineering* conduit notamment à s'interroger sur la nécessaire adaptation des organisations face aux modifications des prises en charges des patients induites et permises par les technologies. Le dossier électronique du patient et l'informatisation des différentes fonctions, comme c'est le cas à l'HEGP, peuvent générer d'importants gains de productivité dès lors que les processus sont réellement repensés autour de ces innovations. Il existe des marges de réorganisation et de productivité, déjà mobilisées pour certaines dans le cadre du plan de retour à l'équilibre de l'AP-HP, qui peuvent être amplifiées et diversifiées, notamment en direction des services cliniques, optimisation de l'organisation, comparaisons des coûts et de l'activité par discipline, hôpital, fonction et la mutualisation entre services et/ou

¹⁷ HAMMER M. , CHAMPY J Le *reengineering, Réinventer l'entreprise pour une amélioration spectaculaire de ses performances*, Editions DUNOD, 1993

hôpitaux d'un même groupement hospitalier universitaire (GHU)¹⁸...). L'organisation en pôle devrait à cet égard représenter un puissant facteur de mutualisation.

Le groupe hospitalier HEGP-Broussais est organisé en pôle d'activité depuis son ouverture en 2000. Cette organisation incite à la mutualisation des moyens des services constituant ce pôle, en particulier des moyens humains. C'est au niveau des pôles que doivent être mis en place les outils de gestion interne permettant la contractualisation en terme d'objectifs d'activité et de dépenses, de suivi budgétaire.

La mutualisation des personnels non médicaux peut être définie comme la mise en commun des personnels de fonction identique afin de réaliser un ensemble de tâches qui leur sont dévolues. Cette solution permet, à activité égale, de diminuer les besoins en personnel. A cet effet, des réflexions sur les organisations du travail se traduisant également sur l'aménagement des locaux, ont été menées afin de mettre en place une mutualisation des moyens humains efficiente. Par exemple, le regroupement des secrétariats médicaux dans le cadre de secrétariats de pôle facilite entre autre, les remplacements lors de congé de courte durée (congés annuels, congés formations...)

Par ailleurs, pour le personnel infirmier, le projet hôpital 2007 préconise " *la mobilité au sein d'une équipe, d'un pôle ou de l'établissement de soins* "¹⁹ .

L'HEGP a particulièrement investi ces potentialités d'amélioration des organisations soignantes. L'établissement accompagne le processus de mutualisation des moyens humains par une politique de formation adéquate. Celle-ci s'articule autour de la mise en place de " *parcours qualifiant* ". A cet effet, deux types de parcours sont proposés aux IDE, le " *parcours découverte* " et le " *parcours qualifiant* ". Le « *parcours découverte* » s'organise sur plusieurs jours (généralement un à trois jours par service) avec pour objectif de faire connaître les différents secteurs du pôle, leur organisation, les personnes qui y travaillent, de développer le sentiment d'appartenance au pôle et de faire comprendre les relations entre les différents acteurs dans la prise en charge du patients. Ensuite est proposé le *parcours qualifiant* qui s'organise sur plusieurs mois, la durée étant fonction de la complexité de la prise en charge du patient dans chaque secteur du pôle avec pour objectifs de mener le professionnel vers l'expertise ou de l'accompagner dans un projet professionnel et de sécuriser la prise en charge des patients en ayant des professionnels compétents sur plusieurs disciplines.

Par exemple, au sein du pôle urgences réseaux, les IDE, au bout de leur parcours qualifiant, auront les connaissances et compétences nécessaires pour :

¹⁸ L'AP-HP a divisé ses établissements en quatre groupements hospitaliers universitaires

¹⁹ A.DEBROSSE, A.PERRIN, G. VALLENCIEN, Projet Hôpital 2007. Mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale » avril 2003

- Au SAU : tenir la fonction d'infirmière d'accueil et d'orientation
- En réanimation médicale : être autonome dans la prise en charge de patients en réanimation et savoir pratiquer une dialyse
- En orthopédie et traumatologie : pendre en charge un polytraumatisé, effectuer des pansements VAC²⁰
- En immunologie : organiser un séjour en hospitalisation de jour
- En médecine interne et gériatrie ; prendre en charge de façon personnalisée chaque patient, appliquer les bonnes pratiques de contention.

Ces dispositifs permettent incontestablement de sécuriser la mobilité des personnels engendrée par le nécessaire ajustement entre l'activité et les moyens notamment en cas d'absentéisme ponctuel.

Pour accompagner cette démarche de polyvalence au sein du pôle, il apparaît, par ailleurs, nécessaire de sensibiliser l'encadrement en leur offrant des formations adaptées. L'HEGP a mis en oeuvre une formation intitulée " *Passeport Cadre* "²¹ destinée à permettre aux cadres qui arrivent de comprendre le rôle des différents acteurs, les circuits et les principales procédures de gestion. Dispensé principalement par les cadres des directions fonctionnelles, il permet également à ceux-ci de poser leur rôle auprès de leurs futurs interlocuteurs. Les modalités et le contenu de ce programme sont débattus régulièrement avec un groupe de cadres.

2.1.2 Les organisations impactant les indemnités des dimanches et jours fériés

L'indemnité des dimanches et jours fériés : le coût de cette indemnité est d'environ 3100 € par an, par poste de travail assujetti à travailler les dimanches et jours fériés. Elle représente environ 2 % de la masse salariale. Ce paramètre doit être pris en compte lors de l'ouverture ou la fermeture de service ainsi que dans tous les projets de réorganisation

²⁰ Pansement VAC (*Vacuum Assisted Closure*) Il agit par pression négative localisée et contrôlée en favorisant la circulation sanguine périphérique, la cicatrisation par voie humide et la réduction de la colonisation bactérienne et fait bourgeonner les plaies atones en utilisant le principe de l'aspiration permanente.

²¹ Projet d'établissement du Groupe hospitalier HEGP-Broussais, 2005-2009, *Projet social et professionnel*, p 76

du travail : la transformation d'une unité d'hospitalisation complète en hôpital de semaine ou de jour génère ainsi une moins-value de dépense. Le développement de l'activité ambulatoire au détriment de l'hospitalisation complète va dans le sens d'une diminution des indemnités.

2.1.3 La mise en place d'une équipe de suppléance au niveau de l'établissement.

L'équipe de suppléance est destinée à pallier les absences de courte durée (congs maladie, congés annuels, congés bonifiés) dans un pôle. Le recours à la suppléance représente un outil de maîtrise de la masse salariale dans la mesure où il évite la consommation de crédits de remplacement (intérim, heures supplémentaires, CDD). Néanmoins, pour maintenir un caractère efficient, le recours à la suppléance doit être strictement encadré et justifié par l'activité du service. A ce titre, la direction des ressources humaines et la direction des soins d'HEGP ont conjointement élaboré une Charte sur l'utilisation de la suppléance. Se pose la question du niveau pertinent de création d'un pool de remplacement dans le cadre de la délégation de gestion ressources humaines aux pôles. Néanmoins, selon Madame LUX, directrice des ressources humaines d'HEGP, le niveau global hôpital dans une perspective de maîtrise des dépenses de personnel apparaît plus judicieux dans la mesure où il permet de rationaliser davantage les demandes de remplacement.

La délégation de gestion dans le domaine des ressources humaines représente une opportunité très attendue par les exécutifs de pôle dans le cadre d'une optimisation de leur gestion. La délégation d'une masse salariale, objectif posé par la DPRS et la DF, représente des potentialités importantes en terme de gestion des dépenses de personnel, elle n'en constitue pas moins un processus risqué en l'état actuel de la gestion hospitalière.

2.1.4 De l'opportunité de déléguer une masse salariale aux pôles

2.1.4.1 La délégation de gestion RH : un processus amorcé à l'HEGP

Le pôle à l'HEGP est doté de ressources en personnel non médical. Un tableau des emplois et des enveloppes de remplacement lui ont été délégués depuis 2004. Ces moyens sont négociés avec la direction dans le cadre de son contrat de pôle. Ces

ressources peuvent être ajustées en cours d'année pour tenir compte de l'évolution de l'activité. Le pôle maîtrise l'utilisation de ses moyens de remplacement.

Le pôle établit son plan de recrutement en liaison avec la direction de l'HEGP en fonction des crédits négociés entre la direction et le siège. Il choisit et répartit les personnels non médicaux appelés à travailler en son sein, et détermine l'organisation du travail lui permettant de réaliser ses objectifs d'activité, dans le cadre des règles institutionnelles.

C'est au pôle que revient d'organiser en interne l'évaluation des personnel non médicaux, de proposer la titularisation (sous réserve des prérogatives de la direction de l'hôpital, de la CAP et de la direction générale de l'AP-HP), la notation, la promotion interne et la répartition de la prime de service, la direction de l'hôpital exerçant pour ces actions un contrôle de conformité aux règles statutaires et la péréquation nécessaire au bon déroulement des procédures. S'agissant des sanctions disciplinaires, le pôle en fait la demande ou donne son avis, mais la direction conserve un contrôle d'opportunité.

Le pôle négocie avec la direction de l'hôpital l'enveloppe nécessaire à la réalisation de ses propres actions de formation et de développement des compétences, et maîtrise leur mise en œuvre ;

Le pôle décide de l'accueil des stagiaires et organise leur parcours.

Le pôle contribue à la prise en compte des risques professionnels et à la prévention à la santé des personnels.

Concernant les dépenses de personnel, le pôle dispose de plusieurs enveloppes, intérim, heures supplémentaires, formations, suppléance. Le pôle se substitue à la direction pour décider de l'opportunité d'effectuer un remplacement avec des solutions internes à l'hôpital (heures supplémentaires, équipe de suppléance) ou, à défaut, avec des solutions externes (CDD, intérim).

2.1.4.2 Elargissement de la délégation de gestion à des domaines plus stratégiques impliquant directement les pôles dans le pilotage de la masse salariale (budgétisation et gestion annuelle)

Suite aux délégations des moyens présentés ci-dessus, un bilan globalement positif est effectué par la Directrice des ressources humaines de l'hôpital. En effet, les enveloppes déléguées ont été globalement tenues. Les dépassements sur les heures supplémentaires ou l'intérim s'expliquent par la persistance des difficultés de recrutement dans certains corps de métier : IBODE ou manipulateurs radios.

La direction de l'hôpital s'est engagée dans une réflexion sur un élargissement des compétences déléguées aux pôles et notamment la gestion d'une masse salariale. En effet, il apparaît à la suite d'entretiens nombreux avec les cadres paramédicaux des pôles de l'HEGP que la délégation d'une masse salariale permettrait une plus grande responsabilisation de l'exécutif de pôle au respect de son solde prévisionnel d'exploitation.

Réflexions sur la définition de la masse salariale déléguée aux pôles :

Cette masse salariale comprendrait l'ensemble des déterminants de la dépense sur lesquels des marges de manœuvre existent. Ainsi, les mesures indiciaires, catégorielles ainsi que les charges et taxes ne seront pas déléguées mais resteront gérés au niveau central de l'hôpital.

Cette masse salariale reposerait sur la somme de l'ensemble des dépenses constatées en N-1 corrigées des flux et prévisions d'activité du pôle. Aujourd'hui, cette estimation est réalisable puisque le système d'information permet d'obtenir pour chaque pôle le détails de ses consommations des comptes de personnel.

La nouvelle gestion en masse salariale oblige à se placer dans une approche systémique, à redéfinir les rôles respectifs des DRH centraux et des services déconcentrés et au sein des services déconcentrés les rôles des différents échelons. Elle amène à repenser le dialogue et les modes de travail entre les autorités centrales et déconcentrées.

Si l'objectif est de donner l'opportunité aux pôles de gérer une masse salariale au plus près de leur activité, ils doivent avoir les moyens d'assumer pleinement cette gestion. Suite à une réflexion engagée avec les cadres paramédicaux d'HEGP sur la délégation d'une masse salariale, le groupe a dégagé un certain nombre de préconisations.

Pour être en capacité d'exercer leurs missions, les pôles devront bénéficier de moyens et d'appuis pour assurer la maîtrise d'au moins trois grandes fonctions :

a) Gestion de la masse salariale et de la fongibilité asymétrique:

- Intégrer dans la gestion des aléas éventuels et observer des règles prudentielles.

- Disposer localement de la capacité à construire des simulations afin de gérer l'allocation de moyens aux unités opérationnelles.

a) *Gestion des ressources humaines :*

Trois obligations étroitement liées sont du ressort de cette fonction :

- Connaître la ressource disponible. L'analyse des besoins en termes fonctionnels impose de multiples connaissances, en matière de statuts, de rémunérations et de leur projection dans le temps des compétences des agents, de leurs capacités ;
- Etablir et suivre les schémas d'emplois prévisionnels par grade, corps et coût salarial. Cela revient à anticiper et définir quantitativement et qualitativement le niveau des moyens nécessaires à court, moyen et long terme, exercice totalement nouveau pour les pôles habitués à mobiliser les moyens mis à leur disposition ; pouvoir transformer des emplois en fonction des besoins du pôle pour mettre en œuvre les axes stratégiques médicaux du contrat de pôle
- Devenir un acteur du recrutement ; c'est à dire à la fois identifier le besoin et proposer le mode et le moment du recrutement.

Enfin, organiser l'évaluation, réaliser la notation et la répartition des primes.

b) *Anticipation stratégique :*

Une vision globale et stratégique exige du pôle la capacité de définir :

- La structure des emplois de son pôle ;
- Des outils de prévision des effectifs (ETP), pour lesquels des savoir faire existent déjà, et de la masse salariale, domaine totalement nouveau qui justifie la création de compétences au niveau de chaque pôle ;
- La gestion du plan de recrutement (autorisations de recrutement, calendriers de concours), fonction coordonnée entre services de la DRH et services financiers compétence peu identifiable aujourd'hui à un niveau déconcentré.

En contrepartie, la DRH devra garantir un cadre d'exercice de la fongibilité assurant le respect de règles statutaires, la cohérence de la politique salariale ainsi que la mise en oeuvre des objectifs du projet social et professionnel de l'établissement. Elle devra, dans cette perspective, assurer plusieurs fonctions :

a) Le pilotage stratégique à travers la GPEC, ainsi qu'à travers des fonctions transversales d'animation telles l'animation d'info centres au niveau de l'établissement

b) La régulation économique et juridique

La gestion actualisée de la répartition des dotations de masse salariale, sous contrainte d'un plafond d'emplois, exige de la DRH le développement d'activités à des fins d'utilisation tant au niveau local que central. Il s'agit de la vérification des données locales, de leur consolidation, de la production d'outils de gestion communs aux pôles permettant l'harmonisation des données restituées, de la capacité de construire des systèmes d'information. Enfin, la régulation économique consiste aussi en l'animation d'une politique salariale transversale.

La DRH devra veiller au respect par les exécutifs de pôle de la cohérence des décisions locales avec les principes statutaires de gestion des corps. En effet, l'harmonisation des situations et la garantie d'équité de traitement pour les agents (rémunérations, indemnités, gestion des corps) doivent être assurées par les décisions du responsable de programme.

Le DRH doit conserver les fonctions de préservation d'un traitement équitable au sein du ministère (détermination et suivi des règles grâce à un contrôle de gestion, organisation des voies de recours), de pilotage général de la GPEEC (démographie, principe de recrutement, rôle central de la formation) et d'évaluation de la GRH.

c) La prestation de services

Outre l'optimisation des processus de recrutement et de gestion des carrières et l'aide au pilotage de la masse salariale, l'organisation de la formation à la gestion des exécutifs de pôle (GRH, contrôle de gestion, budgétaire,...) par le niveau central représente dans nombre d'hôpitaux une révolution culturelle dans la mesure où cette prestation traduit l'obligation pour l'échelon central d'adopter l'attitude d'un partenaire devant partager ses compétences pour que d'autres puissent exercer pleinement les leurs.

A travers ses deux grandes fonctions : prestataire de service et régulateur, la DRH organise les relations entre le centre et la périphérie tout en garantissant la pertinence de

la politique salariale et la cohérence stratégique nécessaire à une gestion globale mais déconcentrée des personnels.

Déjà au sein du groupe de réflexion des interrogations d'ordre stratégique sont apparues :

En effet, les exécutifs de pôle seront confrontés à des choix tactiques difficiles en terme de gestion de leur masse salariale. Soit ils se rapprochent le plus près possible de leur plafond d'emplois et de masse salariale, en privilégiant les recrutements en début de carrière pour préserver, autant que faire se peut, leur marge de manoeuvre en cas d'aléa de gestion. Ce faisant, ils peuvent s'estimer peu ou prou à l'abri d'éventuelles annulations d'emploi ou de régulation. Soit, ils font le pari du non remplacement immédiat de certains emplois devenus vacants et se constituent de ce fait une masse salariale prudentielle leur permettant de répondre aux imprévus de la gestion de personnel, d'abonder le cas échéant les régimes indemnitaires, enfin de faire jouer la fongibilité asymétrique. Ce parti pris n'est toutefois pas exempt de risques si d'éventuels annulations ou transferts d'emplois venaient précisément à pénaliser les exécutifs de pôle qui, ayant respecté la lettre et l'esprit de la gestion en masse salariale, se verraient sanctionnés au profit de collègues plus ancrés dans des habitudes acquises.

Par ailleurs, des propositions sur les modalités d'ajustement des dépenses de personnel au regard des recettes d'activité ont été formulées, dont une consistant à **déterminer au niveau du pôle un socle d'effectifs et un volant d'effectifs conjoncturels.**

Cette distinction serait réalisée à partir de l'analyse de la prévision de recettes. Le socle d'effectifs est évolutif en fonction du caractère pérenne des nouvelles recettes et peut être revu à la hausse ou à la baisse.

La définition de ce socle est également l'occasion d'arbitrer sur certaines marges de manoeuvre afin de concentrer les moyens sur l'activité productive :

- Les éventuels postes vacants structurels
- La dotation globale en moyens complémentaires et sa répartition par pôle

Les effectifs supplémentaires correspondant au volant conjoncturel pourraient être recrutés de manière temporaire en tenant compte d'une éventuelle rareté du marché de l'emploi

- Par CDD : éventuellement en offrant des conditions attractives sur certains aspects (rémunération, conditions de travail)
- Sur des statuts plus pérennes si le turn over dans le corps le permet.

La liberté de choisir les qualifications serait fixée par le contrat de délégation de gestion passé entre les pôles et le Conseil exécutif et serait confrontée à son incidence en recettes d'activité.

Même si un engouement certain est perceptible du côté des exécutifs de pôle pour disposer d'une masse salariale afin d'acquérir plus de marges de manœuvre dans leur gestion, la direction n'en demeure pas moins prudente et souhaite s'assurer de la maturité des gestionnaires au niveau des pôles pour leur confier une telle responsabilité. (Madame de LAROCHELAMBERT, Directrice du groupe hospitalier HEGP-Broussais).

2.1.4.3 Les risques et les difficultés découlant de ce nouveau partage

Ils ne doivent être ni exagérément grossis ni sous-estimés. Il n'en demeure pas moins que des incertitudes subsistent et qu'il est nécessaire de les pallier pour faire face à des interrogations légitimes. Trois d'entre elles méritent plus particulièrement un examen attentif.

Comment assurer à moyen et à long terme la maîtrise globale de la masse salariale ?

Les pôles, titulaires d'une masse salariale, chercheront à maximiser le pilotage de celle-ci en ayant recours à une batterie d'outils de gestion leur permettant de mieux maîtriser leurs coûts. (recrutement sur un grade inférieur, remplacer des départs par des sorties d'école, etc... certains de ces outils sont décrits ci-dessous). La gestion de proximité permet, en effet, de dégager des leviers d'action jusqu'ici difficilement mobilisables au niveau de la direction des ressources humaines faute d'une vision de terrain et des moyens pour effectuer un suivi rapproché des effectifs et des qualifications les plus adéquates. Il est fort à parier que les pôles feront davantage montre de prudence que de laxisme.

Néanmoins, peut-être que dans un premier temps, l'acculturation progressive au pilotage fin de la masse salariale s'accompagnera de dérives en termes de dépenses. Ainsi, serait-il souhaitable qu'une réserve de précaution soit détenue au niveau de la direction des ressources humaines.

Quelle maîtrise des promotions individuelles ?

Dans la logique de la gestion en masse salariale, les cadres paramédicaux de pôle sont les mieux à même d'apprécier la qualité du service et les mérites professionnels des personnels qu'ils encadrent au quotidien.

A terme les pôles pourront, peut-être, ainsi en fonction de l'évaluation des agents jouer sur l'avancement de grades et d'échelons pour ajuster leur masse salariale à l'activité, par exemple en remplaçant la durée moyenne de maintien dans l'échelon moyenne par la durée maximale²².

On ne saurait, néanmoins, écarter un double risque : faute de masse salariale disponible pour l'avancement, découragement des fonctionnaires les plus motivés faute de promotion « in situ » ou, en sens inverse, des difficultés accrues de mutation professionnelle ou géographique résultant de leur promotion indiciaire et, donc, de l'impact sur la masse salariale de la future structure d'accueil.

Comment assurer l'égalité de traitement entre les membres d'un même corps ?

Le risque d'inégalité de traitement peut se manifester en matière d'attribution des régimes indemnitaires. En effet, sous réserve d'un encadrement, par la direction, rien n'empêcherait les exécutifs de pôle d'affecter une partie de la masse salariale disponible à l'abondement des primes et indemnités, dans le respect bien entendu des plafonds réglementaire. Qu'une telle stimulation soit fondée et conforme à la lettre et à l'esprit de l'EPRD, elle peut toutefois porter en germe de redoutables effets de « cliquet » et de droits acquis et se révéler, à terme, facteur de blocage de mobilité professionnelle ou géographique. Faute de régulation le risque de dérive ne saurait être sous-estimé.

De 2005 à 2015, les hôpitaux publics auront été confrontés au départ à la retraite de plus d'un tiers (36%)²³ des personnels titulaires actuellement en poste. S'il peut constituer une contrainte dans certains secteurs pour que des postes continuent d'être pourvus, ce contexte offre aussi une occasion unique pour améliorer l'allocation des ressources au regard des besoins sans remise en cause de la sécurité de l'emploi.

2.2 La flexibilisation par les emplois (effet volume)

²² DERENNES O ; LUCAS A Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Tome 1, 2006

²³ Rapport sur la Situation et les perspectives des finances publiques Cour des comptes, Cour des comptes, juin 2007 p. 82

Les emplois dans la fonction publique hospitalière sont par principe des emplois statutaires de titulaires permanents (62% de la masse salariale de PNM). Cette modalité de recrutement introduit une rigidification dans la gestion des ressources humaines, en contradiction avec les efforts de flexibilisation rendus nécessaires par le pilotage par le résultat. Les emplois de permanent sont conformes à une activité pérenne et normée, c'est-à-dire une activité répondant à des normes réglementaires et législatives en termes de personnel²⁴ mais apparaissent inadaptés aux variations d'activité. En effet, certaines activités sont saisonnalisées et font l'objet d'une augmentation à certaines périodes de l'année. Par conséquent, afin de couvrir ces besoins ponctuels et de garantir la continuité des soins, le recours à des personnels de remplacement peut s'avérer nécessaire. Ils permettent également de pallier dans une certaine mesure les vacances de postes sur lesquels il existe de fortes difficultés de recrutement.

La flexibilisation de la masse salariale par les emplois s'articule autour des rotations des personnels (2.2.1) et du recours aux crédits de remplacement (2.2.2). Néanmoins, l'utilisation de ces facilités de gestion ne saurait épargner l'établissement de la mise en œuvre d'une politique de GPEEC (2.2.3).

2.2.1 La rotation des personnels un levier d'action privilégié dans le cadre du TPER

Selon le taux de turn-over de son hôpital, le directeur des ressources humaines peut théoriquement remettre en cause sur l'année de 7 à 10 % de ses effectifs²⁵, ou en tout cas jouer sur les délais de recrutement. Les sommes en jeu sont évidemment considérables. Le turn over important (mouvements et départs en retraite) est une opportunité pour optimiser les organisations et s'interroger systématiquement sur un recrutement nombre pour nombre et surtout sur un recrutement du même profil d'agent pour exercer les mêmes fonctions. Un cadre paramédical de l'HEGP met en garde, néanmoins, contre le risque, en tant que gestionnaire, de toujours vouloir accroître ses marges de gestion : « Lorsque l'on décide de laisser un emploi vacant, il convient au préalable d'estimer si la charge de travail est supportable pour la structure, il convient aussi de ne pas se précipiter et se donner les moyens d'anticiper les aléas de gestion ».

2.2.2 Le recours aux mensualités de remplacement et CDD

²⁴ op cit p 2

²⁵ Chiffres du taux de turnover habituellement observés (moyenne du nombre d'entrées et de sorties sur l'année/effectif total), GOTSMANN J , PONTONNIER M-A, *Contrôle de gestion/ressources humaines : mise en place de tableaux de bord sociaux par service*, Gestions hospitalières, n°421, déc 2002

Désormais ces dépenses font partie intégrante de la masse salariale à disposition des sites et peut-être demain des pôles. L'introduction du principe de fongibilité par la réforme de l'EPRD permet ainsi au directeur d'hôpital de disposer d'une enveloppe globale et plafonnée au lieu de crédits très fragmentés et ciblés. Ainsi, les dépenses de remplacement entrent pleinement dans sa stratégie de gestion des dépenses de personnel.

Plusieurs outils se présentent au directeur des ressources humaines : Les heures supplémentaires, l'intérim et les contrats à durée déterminés (CDD).

2.2.2.1 Les heures supplémentaires

En cas de pic d'activité d'un service, il peut être intéressant de recourir aux heures supplémentaires pour plusieurs raisons :

- Si le besoin pour faire fonctionner le service concerne des personnels qualifiés, il est opportun de recourir à cet outil ; la qualité des soins et de la prise en charge des patients sera d'autant garantie. C'est le cas par exemple d'un service d'urgences pédiatriques qui voit son activité pratiquement doublée durant la période hivernale.
Un service de greffe par exemple caractérisé par l'application de protocoles pointus aura prioritairement recours aux heures supplémentaires.

- Les heures supplémentaires sont, qui plus est, moins coûteuses que l'intérim notamment.
Le taux horaire jour d'une heure supplémentaire d'une infirmière anesthésiste est environ deux fois moins chère qu'une mission d'intérim.

Cependant ce dispositif rencontre des limites :

- Les heures supplémentaires sont réglementées. Le dispositif est limité à 180 heures par an et par agent. Ce plafond est porté à 220 heures pour certaines catégories de personnels (infirmiers spécialisés, sages-femmes, par exemple). Lorsque la durée du cycle de travail est inférieure ou égale à un mois, le nombre d'heures supplémentaires susceptibles d'être effectué par mois et par agent ne peut dépasser 15 heures. Ce plafond mensuel est porté à 18 heures pour les catégories de personnels mentionnées ci-dessus.
- Par ailleurs, les heures supplémentaires entraînent l'épuisement des personnels.

2.2.2.2 L'intérim

En cas de reprise prolongée d'activité, il peut être opportun de recourir, temporairement, à des missions d'intérim pour le remplacement de personnels stratégiques notamment dans le cadre d'activités normées.

Il permet d'ajuster les moyens aux besoins en cas d'absences inopinées (arrêts maladie de courte durée) et de satisfaire aux obligations de continuité des soins 24heures sur 24.

L'intérim constitue un dispositif séduisant, simple dans son utilisation et sans contraintes. En contrepartie il est très coûteux . Le coût horaire d'une mission d'intérim d'infirmière anesthésiste s'élève 54,60 euros et 35, 70 pour un manipulateur radio. Mensuellement une IADE a temps plein en intérim représente un coût d'environ 7000 euros.

Il représente une facilité de gestion incontestable qui permet, selon certains cadres, de soulager la charge de travail des équipes. Il est utilisé parfois pour garantir la paix sociale dans un service.

Une utilisation abusive de l'intérim par les hôpitaux a été dénoncée par le siège. En effet, l'enveloppe des dépenses d'intérim a explosée, en 2006, sans que cette augmentation notable puisse être corrélée à une diminution des effectifs de personnels permanents, à des difficultés conjoncturelles de recrutement, ou à une augmentation de l'absentéisme. Le groupe hospitalier HEGP-Broussais a supprimé l'intérim comme modalité d'ajustement des effectifs, au regard des coûts engendrés. Les missions d'intérim commandées sur le site sont exceptionnelles.

2.2.2.3 Le recours aux contrats à durée déterminée (CDD)

La réglementation générale des statuts de la fonction publique autorise, en l'attente de voir un poste inscrit au tableau des emplois pourvu par un titulaire ou un stagiaire, la possibilité de recruter un agent contractuel.

L'article 9-1 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière, modifiée par la loi n° 2005-843 du 26 juillet 2005 précise

que les établissements peuvent recruter des agents contractuels dans deux grandes catégories de cas²⁶.

La première :

- Lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées :
- Pour occuper des emplois à temps non complet correspondant à un besoin permanent.

Dans ces deux cas : CDD ou CDI : Durée maximale de chaque contrat : 3 ans. Durée totale des différents contrats successifs : 6 ans au maximum. Au-delà : CDI obligatoire.

La deuxième :

- Pour assurer le remplacement momentané de fonctionnaires hospitaliers indisponibles (ex : congé de maladie, congé parental) ou autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel : Nécessairement CDD (le fonctionnaire doit pouvoir être réintégré à l'expiration des congés ou réintégré à plein temps). La durée couvre la durée de l'absence du fonctionnaire ou la durée de l'exercice des fonctions à temps partiel.
- Pour faire face temporairement et pour une durée maximale d'un an à la vacance d'un emploi qui ne peut être immédiatement pourvu par un fonctionnaire : Nécessairement CDD (en l'attente de la prise de fonctions du fonctionnaire). La durée couvre la période précédant l'arrivée du fonctionnaire mais ne peut excéder une année.
- Pour exercer des fonctions occasionnelles : CDD par définition. La durée couvre la durée du besoin mais ne peut excéder une année.

Le CDD représente un outil de flexibilisation de la masse salariale incontournable. Il permet d'absorber les fluctuations d'activité et permettent aux établissements de réaliser

²⁶ Circulaire DHOS/P 1 n° 2005-461 du 11 octobre 2005 concernant le recrutement et la situation des agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

des moins-value de dépenses. Le nombre de CDD parmi le personnel soignant s'élève à 883 parmi le personnel soignant (52 186 ETP), à l'AP-HP²⁷.

Les CDD sont généralement rémunérés à l'indice de début de carrière et ne bénéficient pas de certaines primes (prime de service, NBI...). De plus, contrairement aux fonctionnaires, la rémunération des agents contractuels n'est pas pour l'essentiel maintenue par l'employeur public pendant leurs absences pour maladie ou maternité puisque ceux-ci émargent au régime général de la sécurité social. La moins-value de dépenses liées au recrutement de contractuels est accentuée.

Néanmoins, contrairement à d'autres établissements publics de santé de province l'AP-HP n'entend pas faire de ce levier d'action un outil de flexibilité de la masse salariale privilégié.

La direction générale considère que en dehors de certains secteurs et certains métiers bien identifiés, les agents contractuels ne peuvent être recrutés, faute de gestion prévisionnelle, que comme variable d'ajustement ou pour contourner les rigidités du statut. La politique de recrutement de l'AP-HP n'a pas retenu de recourir à des agents CDD pour adapter ses dépenses de personnel en cours d'exercice aux variations de l'activité. L'objectif de l'AP-HP n'est pas de faire reposer sa politique de développement d'activité sur une précarisation de l'emploi mais de pourvoir les postes nécessaires à l'accomplissement de ses missions de service public hospitalier, " dans le cadre des équilibres économiques définis avec les tutelles et dans le respect des règles du titre IV de la fonction publique hospitalière ". Le recours à des agents non titulaires ne doit pas être pratiqué par simple commodité de gestion. Cette politique est strictement encadrée : le recours à des CDD doit se faire sur mensualités de remplacement conformément à leur finalité et en toute hypothèse en limitant la durée du contrat à 3 mois, susceptible d'être portée à 5 mois maximum. Cette politique est rigoureusement appliqué par les sites.

Cette politique devrait permettre de mettre un terme à la constitution d'un contingent d'agents en CDD de remplacement " au long cours ", sans perspective de carrière, mis en place par facilité de gestion.

Par conséquent, d'autres outils doivent être mobilisés afin d'adapter au mieux les dépenses de personnel à l'activité. Il s'agit notamment, dans un contexte de départ en retraite massif jusqu'en 2015, de disposer d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences optimale afin de répondre à l'objectif de maîtrise des coûts. Connaissant les compétences existantes ainsi que leur évolution et utiliser les compétences adaptées au

²⁷ Bilan social AP-HP, 2006

bon endroit permettent en effet d'optimiser la masse salariale sans avoir à recourir à de l'emploi supplémentaire.

2.2.3 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : un levier d'action de fond incontournable dans le cadre d'une gestion en masse salariale

La mise en œuvre d'une GPEEC constitue un outil de gestion stratégique dans une approche d'ajustement des dépenses de personnel aux recettes d'activité. L'AP-HP s'est lancée précocement dans cette politique, en comparaison avec les autres fonctions publiques.

La première étape de cette démarche a consisté dans la réalisation d'un répertoire des métiers. En 2003, l'AP-HP a été sollicitée pour apporter sa contribution à l'élaboration du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Consciente de l'importance de la démarche déclenchée par la construction participative de cet outil et de l'intérêt de ses déclinaisons en termes de GRH individuelle et collective, l'AP-HP s'est d'emblée particulièrement impliquée dans les travaux menés par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Le répertoire des métiers est arrivé en terrain favorable à l'AP-HP, dans la mesure où l'approche GPEEC y a été initiée depuis la fin des années 1980, le fait déclencheur étant la préparation de l'ouverture de l'HEGP. Cette opération majeure aboutissait en effet à la fermeture de trois hôpitaux, Boucicaut, Broussais et Laennec, et à "mouvementer" près de 4000 agents, occasion idéale pour réfléchir aux compétences existantes et/ou à développer. Par la suite, l'AP-HP s'est appropriée la nomenclature des emplois types de l'hôpital (ENSP) et a mis en place une table de correspondance "grade/ fonction". Dans le même temps, la direction du personnel du siège structurait un département en son sein, chargé, non seulement de faire vivre cette approche mais aussi d'élaborer des outils quantitatifs de suivi par corps professionnel (courbes "PEGASE").

Ce suivi est désormais étendu à la quasi totalité des corps et fonctionne en routine, permettant de nourrir les travaux prospectifs type "plan stratégique", mais aussi les prévisions à plus court terme de recrutement dans tous ses aspects (concours, promotion professionnelle, VAE, recrutement direct...). Il est couplé à une base de donnée sous intranet (Pilote RH) qui restitue pour chaque site (chacun pouvant se comparer aux autres) l'état de ses effectifs sur quatre ans (permettant d'élaborer des projections), les pyramides des âges par corps, par service, par pôle... les données d'absentéisme et depuis peu les flux d'entrées/sorties détaillés.

Le répertoire des métiers : un outil au service des personnels et du futur

L'élaboration et la parution du répertoire des métiers ont constitué une véritable opportunité pour prolonger les actions en cours, renforcer la pertinence de la GPEEC développée et en démontrer l'intérêt pour les professionnels, l'institution et les patients.

La direction générale de l'AP-HP a inscrit très clairement dès 2004 la mise en oeuvre du répertoire des métiers dans ses orientations de développement des compétences :

- Ancrer la logique métier dans les pratiques GRH, développer les utilisations du répertoire des métiers ;
- Mieux prévoir les évolutions quantitatives et qualitatives en fonction des évolutions de l'activité et des multiples facteurs impactant emplois, métiers et compétences : GPEEC partagée avec les sites, observatoire des emplois et métiers AP-HP ;
- Professionnaliser les filières métiers ;
- Diversifier les modes d'acquisition des qualifications : Validation des acquis de l'expérience (VAE), certification interne.

Deux objectifs ont notamment été définis :

- Effectuer le recensement des effectifs par métier pour toute la population couverte par le répertoire (hors personnel de direction et personnel médical) ;
- Sur la base de ce recensement, développer une approche prévisionnelle des emplois et des compétences par métier complétant celle déjà existante par corps.

Cet état des lieux des effectifs par métier, classique première étape d'une GPEEC, avait pour but d'une part, de permettre de mieux anticiper les besoins futurs en termes de métiers et de compétences et en particulier de mieux gérer les parcours individuels, d'autre part, d'améliorer la valorisation de la contribution de chaque professionnel.

La démarche de recensement des métiers

Engagée dès le deuxième trimestre 2004, cette démarche aura nécessité plus d'un an de préparation avant la réalisation concrète du recensement des métiers. Coordonnée par la DDRH du siège, elle est le résultat d'une importante mobilisation à tous les niveaux de l'institution et d'un portage politique interne fort.

Des « référents répertoire des métiers » issus des directions des ressources humaines locales et spécifiquement missionnés pour l'occasion, formés tout comme les directeurs des RH et des soins au répertoire des métiers, ont relayé cette sensibilisation au sein des sites. Ils ont favorisé son appropriation par l'ensemble de l'encadrement hospitalier.

Enfin, pour permettre l'intégration de la notion de métier dans les pratiques de GRH, l'AP-HP a adapté son système d'information (codification et inscription du métier dans le dossier administratif individuel et sur fiche de paye) ainsi qu'un bon nombre de ses outils (fiches de poste...).

Début 2007, plus de 95 % des personnels non médicaux de l'AP-HP sont positionnés sur le métier qu'ils exercent. Ils ont connaissance de ce positionnement et peuvent avoir ou consulter leur fiche métier sur intranet. Ils peuvent ainsi connaître les passerelles associées à leur métier, les facteurs d'évolution de leur métier et les conséquences sur les compétences à moyen terme. Ils ont aussi accès à toutes les fiches métiers du répertoire et donc en particulier à la description des activités de ces métiers et des compétences requises pour les exercer.

L'AP-HP connaît ainsi non seulement le nombre d'aide soignants, le nombre d'agents administratifs et le nombre d'ouvriers, mais aussi le métier qu'ils exercent : brancardier, agent de stérilisation, agent de bionettoyage, technicien de recherche clinique, secrétaire, gestionnaire de personnel, agent de prévention sécurité incendie, maçon ou quelque autre métier. Elle peut savoir quels sont les grades, et dans quelle proportion, de tous les agents qui exercent le métier de technicien d'information médicale: adjoint administratif, infirmier, technicien de laboratoire, adjoint des cadres, cadre de santé...

Chaque hôpital et service général de l'AP-HP peut désormais établir, suivre et fiabiliser la cartographie de ses métiers.

Si quelques actions restent à conduire pour mener à terme cette première étape, l'AP-HP et ses sites peuvent dès à présent mettre en oeuvre une gestion de l'emploi plus qualitative et adapter leurs politiques métiers. L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients passe en effet par le repérage, la fidélisation des compétences nécessaires et leur développement.

Cependant, la mise en oeuvre de véritables politiques de développement des compétences ne pourra se faire qu'à la condition d'un consensus sur la question de l'évaluation des compétences.

Une autre condition de la pérennité d'une approche modernisée des RH à travers la notion de métier est l'actualisation permanente du répertoire des métiers de la FPH. L'identification du métier exercé par chaque agent a en effet soulevé de nombreuses discussions et demandes auxquelles la prochaine mise à jour du répertoire devra apporter des réponses.

Les perspectives : prévision et prospective, indispensable à une gestion en masse salariale

La prochaine étape est celle de la prévision. Les sites de l'AP-HP ont commencé à faire des prévisions en termes de corps ; il va s'agir dès que possible de faire des projections quantitatives et des simulations par métier. Cela va nécessiter le développement d'applications dans le système d'information et la mobilisation de nouvelles compétences de la fonction RH.

Ces projections prendront sens dans le cadre d'une visibilité stratégique interne, mais aussi d'une prospective métiers qualitative.

La GPEEC, enrichie désormais de l'approche métiers, complémentaire à l'approche statutaire des corps, est précieuse pour permettre de répondre à quatre objectifs :

- Répondre aux attentes des usagers en leur offrant des professionnels aux compétences requises ;
- Répondre à l'urgence démographique en repérant les métiers les plus menacés Pour anticiper les remplacements nécessaires ;
- Connaître et reconnaître le personnel en donnant de la cohérence aux évolutions professionnelles et en assurant des déroulements de carrière plus harmonieux ;
- Maîtriser les coûts en connaissant les compétences existantes ainsi que leur évolution et utiliser les compétences adaptées au bon endroit.

En plus de l'effet volume, d'autres leviers d'action peuvent être recherchés du côté d'autres déterminants essentiels de la variation de la masse salariale : l'effet prix.

2.3 La flexibilisation par les coûts (effet prix)

Même si l'autonomie des établissements publics de santé en matière de politique salariale est relativement faible au regard de l'encadrement statutaire, quelques leviers d'action sur les composantes prix de la masse salariale sont exploitables. Ces leviers feront probablement l'objet d'une analyse plus poussée dans le cadre d'une gestion déconcentrée de la masse salariale. Il s'agit de la gestion du temps de travail des agents d'une part (**2.3.1**) d'une part et de la structure des emplois (pyramide des âges et qualification) d'autre part (**2.3.2**).

2.3.1 Réflexions sur la gestion du temps de travail des agents

Il s'agit d'analyser les sur ou sous rémunération de certaines quotités de travail, quelques exemples : le temps partiel, la cessation progressive d'activité et le congé de fin d'activité .

2.3.1.1 De l'opportunité du temps partiel

Le temps partiel peut signifier un surcoût ou au contraire une moins-value de dépenses.

D'une part, le travail à temps partiel peut aller dans le sens d'un surcoût lié à la " sur rémunération " de certaines quotités. Les agents travaillant à 80 et à 90 % ont une rémunération correspondant à 6/7 (soit 86 %) et à 32/35 (soit 91 %) d'un temps plein soit une sur rémunération par rapport à leur quotité travaillée. Il est néanmoins à noter que la création du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) est destiné à couvrir les deux tiers de ces surcoûts qui pèsent sur la masse salariale des hôpitaux sans lien avec l'activité. Rappelons cependant que le FEH est financé par une cotisation des EPS qui a évolué en quelques années de 0,45 % à 1 %. Il n'en reste pas moins que le surcoût résiduel de 1,9 % (1/3 de (6/7-0,8)) et 0,48 % (1/3 de (32/35-0,9)) n'est pas négligeable compte tenu de la forte attractivité de ces quotité de travail. Ainsi, le coût résiduel de 53 agents à 80 % est de $1,9 \times 53 = 100$ % soit 1 ETP sur un an.

Le temps partiel représente également un outil d'ajustement des moyens aux besoins. Néanmoins, il semble dans la fonction publique hospitalière le droit au temps partiel permette davantage de satisfaire les agents en terme d'organisation de vie que d'ajuster les effectifs aux variations de l'activité.

Si le temps partiel est développé à effectif en équivalent temps plein constant, l'agrégation de quotités libérées donne lieu à des recrutement de complément. Si ces emplois sont pourvus par des contractuels, la moins-value de dépense est très sensible au regard des raisons évoquées ci-dessus.

2.3.1.2 La cessation progressive d'activité

L'accord de cessation progressive d'activité accordée aux personnels proches de l'âge de la retraite entraîne une sur rémunération. En effet, un agent en cassation progressive d'activité travaille à mi-temps et est rémunéré à un taux de 60%.

2.3.1.3 Le congé de fin d'activité

Un agent en congé de fin d'activité ne travaille plus mais perçoit jusqu'à son départ en retraite un revenu de remplacement représentant, pour les fonctionnaires, 75% de leur traitement indiciaire et pour les non-titulaires 70% de leur rémunération . Cependant, le remboursement de cette indemnité par le Fonds de compensation du Congé de fin

d'activité autorise à exclure les agents dans cette situation du calcul de l'impact budgétaire d'une mesure salariale.

En conclusion, la gestion d'une masse salariale au niveau du pôle mettra davantage en exergue ces surcoûts. Par conséquent, l'opportunité de jouer sur ces leviers sera d'autant plus forte qu'à un niveau micro ces sur rémunérations pèseront plus lourds dans le compte de résultat du pôle.

2.3.2 Réflexions sur la structure emplois, pyramide des âges et qualification

Cette réflexion est alimentée par l'analyse de l'effet prix au sein d'une structure d'emplois, l'effet de Noria et l'étude des qualifications.

2.3.2.1 L'effet de noria ou incidence de la différence de niveau de salaire

L'effet de Noria représente la différence de niveau de salaire, à effectif constant, entre les agents qui quittent l'hôpital (notamment pour partir à la retraite, en ayant donc une rémunération supérieure à la moyenne) et ceux qui entrent (généralement plus jeunes et percevant un salaire moins élevé).

2.3.2.2 Réflexion sur les qualifications

Lorsque les pôles disposeront d'une masse salariale, il sera plus facile pour eux de mobiliser le levier d'action sur la structure des emplois et plus particulièrement sur les qualifications. Cette démarche pourrait se traduire par un recrutement préférentiel de jeunes diplômés, une déqualification de certains postes et l'organisation volontaire de certains glissements de tâche. En effet, certains emplois de secrétaires médicales sont pourvus par des agents administratifs par exemple.

Cette démarche ne saurait néanmoins être transformée en outil de gestion pérenne, elle ne devrait être exercée qu'à la marge. En effet, plusieurs limites apparaissent :

- Certaines spécialités doivent respecter des normes d'encadrement des patients définissant des ratios de personnels soignants.
- Des activités pointues et lucratives exigent la présence de personnels soignants de qualité et expérimentés, (la transplantation d'organes par exemple).

- La déqualification par ailleurs contribuerait à démotiver les personnels, ce qui serait inopportun dans un contexte de marché de l'emploi paramédical tendu notamment dans certains secteurs (IADE, IBODE, manipulateurs radios).

2.4 Renforcer la motivation des personnels, outil qualitatif d'optimisation de la gestion de la masse salariale.

Le pilotage par le résultat implique d'ajuster la masse salariale aux variations des recettes d'activité. Or, la logique de résultat implique de pouvoir disposer de moyens humains de qualité. Qui plus est, cette dimension qualitative du capital humain est génératrice d'économies dans la mesure où le turn over, même s'il peut représenter une opportunité pour ajuster les effectifs, n'en demeure pas moins coûteux en terme de productivité du travail. (temps incompressibles de formation etc...) Par conséquent, ces analyses conduisent à privilégier outre les modalités d'ajustement quantitatives, des outils qualitatifs d'optimisation de la masse salariale, à savoir la motivation des personnels.

Deux grandes pistes sont actuellement explorées à l'HEGP : la flexibilisation de la gestion des temps de travail (2.4.1) et la nécessité d'une gestion plus personnalisée des carrières (2.4.2).

2.4.1 Flexibiliser la gestion des temps de travail

Les évolutions sociales et culturelles ont entraîné un changement des représentations du métier de soignant. Etre soignant à l'hôpital n'est plus compris, par les nouvelles générations comme un sacerdoce impliquant un dévouement illimité au travail. Sous l'effet conjugué de la réforme des 35heures, qui a fait du temps de travail une problématique majeure, et de la Nouvelle gouvernance qui modifie les modes d'organisation au travail (disparition progressive d'un mode de management paternaliste sous l'égide du chef de service générant une certaine « solidarité organique »²⁸), les personnels soignants se sont repliés, également dans un contexte sociétal différent, sur la gestion de leur temps de travail. L'analyse des attentes des personnels fait remonter un constat central : les personnels souhaitent une adaptation plus souple et plus globale de leur temps de travail en fonction des différentes périodes de la vie et des circonstances (maternité, foyer mono-parental, etc...). Or, dans un contexte de tensions sur le marché

²⁸ Durkheim *De la division du travail social*

du travail des soignants appelées à s'accroître, Il semblerait que la gestion des ressources humaines à l'hôpital doive redéfinir ses missions. Au sein de services jusqu'ici centrés sur la gestion administrative des corps une réflexion sur l'adaptation des temps de travail des agents tout au long de leur carrière aux attentes de ceux –ci apparaît incontournable pour fidéliser le personnel.

2.4.2 Nécessité d'une gestion plus personnalisée des carrières

L'attention croissante portée à l'atteinte des résultats d'activité dans les services a rarement pour corollaire le souci d'améliorer la performance individuelle et collective ; on déplore trop souvent le caractère exceptionnel de l'évaluation dans la gestion des carrières et l'insuffisance de reconnaissance des résultats. Les principes d'équité et d'uniformité, base traditionnelle de la gestion administrative, ne se combinent pas suffisamment, comme le permet pourtant le statut, avec le principe d'efficacité dans la gestion individuelle (abondement des régimes indemnitaires); celle-ci reste plus technique que personnalisée.

L'individualisation de la gestion des carrières passe également par le renforcement et l'adaptation des formations individuelles.

La déconcentration future de la gestion des ressources humaines devrait contribuer à impliquer davantage l'agent en relation avec son cadre dans la construction de son propre parcours professionnel. En effet, le rôle de l'encadrement de proximité est fondamental dans la reconnaissance et la fidélisation des personnels²⁹. Par la nature même de sa fonction, le cadre est le catalyseur potentiel direct des apprentissages informels des individus. Il peut tout d'abord jouer un rôle moteur en autorisant, voire en encourageant les agents qu'il encadre à échanger, à mutualiser, à partager leur expertise, leurs expériences, leurs doutes. Cela se traduit par des réunions de travail participatives et professionnalisantes. La direction a la responsabilité, à travers le contrat d'objectif et de moyens du pôle, de définir les conditions de cette formation continue et de la favoriser par une claire information des cadres.

A l'HEGP, les pôles ressentent d'ores et déjà le besoin de mettre en place dans le cadre du pilotage par le résultat des systèmes de reconnaissance par la carrière et par la rémunération. Lors de la préparation des contrats de pôle 2007, les exécutifs de pôle ont exprimé leur souhait de pouvoir utiliser les crédits d'intéressement qui leur sont dévolus en fonction de l'atteinte des résultats d'activité, pour pouvoir rétribuer financièrement sous

²⁹ CUBY J-F Conseil National de l'évaluation, Commissariat général au plan, La politique de formation continue des agents de l'État et des hôpitaux, septembre 2003

forme de prime, les personnels ayant concouru à l'atteinte des objectifs. A cet effet, la direction, des ressources humaines du site a entamé une réflexion sur les critères d'encadrement de l'intéressement collectif au niveau des pôles.

Conclusion

Dans le contexte du passage à 100% de la T2A, il apparaît au regard de cette analyse que la masse salariale est un des outils privilégiés de la recherche d'efficacité à travers la recherche d'une plus juste adéquation (quantitative et qualitative) des effectifs aux missions et aux charges de travail et par l'optimisation des organisations du travail.

La gestion en masse salariale des dépenses de personnel offre des leviers d'action budgétaires qui permettent au directeur d'hôpital une plus grande liberté dans la gestion du PNM. La contradiction initiale -nécessaire flexibilité des dépenses de personnel dans le cadre de l'EPRD et inertie des dépenses de personnel soumises à une gestion statutaire- évolue vers une compatibilité entre ces deux approches. En effet, loin d'être une machine de guerre dirigée contre le statut général de la fonction publique hospitalière, la mise en place d'un pilotage par le résultat oblige les gestionnaires RH à dépasser la simple gestion administrative de la carrière des agents pour développer une vraie politique de gestion des ressources humaines s'articulant essentiellement autour de l'analyse des besoins en capital humain. A ce titre, il est indispensable pour les EPS de disposer d'un SIRH de qualité qui permette tout à la fois de mieux gérer les individus et de mieux piloter les évolutions et prévisions d'ensemble.

Cette étude montre que des outils d'ajustement de la masse salariale aux résultats d'activité peuvent être mobilisés dans le cadre des règles statutaires. On en est cependant au tout début de la réflexion comme le souligne la quasi-absence de littérature sur le sujet. Il est néanmoins fort à parier que les pôles trouvant leur intérêt dans la gestion d'une masse salariale redoubleront de créativité dans la recherche d'outils d'ajustement de leur dépenses de personnel. Il n'en reste pas moins qu'il faut d'ores et déjà prévenir certaines dérives, notamment un risque de balkanisation de la gestion des ressources humaines ou le recours massif à des emplois de non-titulaires ou précaires. La préparation des contrats de pôle est appelée à devenir un temps fort de la vie hospitalière, il y faudra définir ensemble, direction/ exécutifs de pôle des règles acceptées et partagées par tous. La déconcentration de la gestion du personnel au pôle permettra inmanquablement d'inscrire durablement la nouvelle gouvernance dans le fonctionnement régulier de l'Hôpital.

Bibliographie

OUVRAGES (par ordre alphabétique)

DERENNES O ; LUCAS A. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*. Tome 1, 2006

DE MARTEL J-F, *Les instruments du pilotage salarial*, Liaisons, 2003

DUPONT Marc, *L'assistance publique-Hôpitaux de Paris. Organisation administrative et médicale*, Editions AP-HP, 1997

HAMMER M. , CHAMPY J. *Le reengineering, Réinventer l'entreprise pour une amélioration spectaculaire de ses performances*, Editions DUNOD, 1993

MARTORY B. *Contrôle de gestion sociale*, Vuibert, 2005

LE HUEROU F., TAIEB J-P, *La masse salariale*, Dunod, 1996

ARTICLES (par ordre alphabétique)

ANHOURY P. COINTEMENT S. *Le contrôle de gestion, d'une logique budgétaire à la gestion des performances*, Gestions hospitalières, juillet 1998, p 403-407

BUDET J-M, MARIE D. *Table ronde Optimiser la gestion des ressources humaines* Gestions hospitalières, Hors série N°401 dec 2000

GOTTSMANN J , PONTONNIER M-A, *Contrôle de gestion/ressources humaines : mise en place de tableaux de bord sociaux par service*, Gestions hospitalières, n°421, déc 2002

SLIWKA C. *Turn-over des infirmières en Île-de-France. Les stratégies des dirigeants et des cadres pour attirer et fidéliser*, n° 451, déc 2005

RAPPORTS PUBLICS (par ordre chronologique)

Rapport annuel sur l'état de la fonction publique : volume 2 - Gestion prévisionnelle des ressources humaines 2006-2007, Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), juillet 2007

Rapport sur la Situation et les perspectives des finances publiques Cour des comptes, Cour des comptes, juin 2007 p. 82

Coût et organisation de la gestion des ressources humaines dans l'administration, Comité d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, Janvier 2006

Calcul de la masse salariale et des dépenses de personnel. Guide de l'utilisateur. Ministères du budget et de la Santé, Janvier 2006.

La gestion dynamique de la fonction publique. Rapport du groupe thématique Gestion prévisionnelle des emplois : outils et structures » VALLEMONT S., DU MARAIS B. CUBY J-F Conseil National de l'évaluation, Commissariat général au plan, La politique de formation continue des agents de l'État et des hôpitaux, septembre 2003

Projet Hôpital 2007. Mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale » , A.DEBROSSE, A.PERRIN, G. VALLENCIEN avril 2003

Guide pour le suivi de la masse salariale dans les Etablissements publics de santé, Ministère de la Santé, 2003

Fonctions publiques : enjeux et stratégies pour le renouvellement, rapport du groupe présidé par Bernard CIEUTAT, Commissariat général du Plan, La Documentation française, mars 2000.

MEMOIRES (par ordre chronologique)

LHOMME Yann "De l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage dans la nouvelle gouvernance : l'exemple au Centre Hospitalier de Gonesse", ENSP, Filière EDH déc 2006

PONTONNIER MA, *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*, ENSP, Filière EDH, déc 2002

AUTRES DOCUMENTS

Bilan social AP-HP, 2006

Projet d'établissement du Groupe hospitalier HEGP-Broussais 2005-2009

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableaux de suivi de la masse salariale à l'HEGP

Annexe 2 : Tableau de suivi des dépenses d'intérim à l'HEGP

Annexe 3 : Tableau de suivi des heures supplémentaires à l'HEGP

Annexe 4 : Tableau de suivi des consommations de mensualités à l'HEGP

Annexe 5 : Tableau de bord « Quatre cadrans »

Annexe 6 : Méthodologie

Annexe 1

DRH/ND/RE/LT

SITUATION FINANCIERE

Mise à jour le 17/09/2007

2007
JANVIER à AOUT 2007

LIBELLES	NC1 2007 RAM INCLUS	% de prévision (coefficient de saisonnalité)	Crédits saisonnalisés (EPRD 2007 X % de prévision)	Crédits RAM 2007	Dépenses cumulées Août 2007	Ecart Dépenses/prévisions		Dépenses Janvier à décembre 2006 Année N	Dépenses Janvier à décembre 2006 Année N + RAM	Dépenses août 2006	Ecart Dépenses cumulées 2007 Année N - 2006 Année N	
						Valeur	%					
	(1)		(2)	(4)	(5)	(5-2)						
DEPENSES DE PERSONNEL NON MEDICAL												
62113	Personnel médical				0	0				0	0	
62114	Personnel Interimaires (Paramédical)	733 948	94,24%	691 673	102 340	192 440	-499 233	-71,18%	975 222	1 410 530	1 153 575	-961 135
62118	Autre personnel extérieur					498			24 670	998	406	408
62151	Personnel extérieur non médical			0		0	0		0	0	0	
Total art 633	Total art 631	733 948	94,24%	691 673	102 340	192 838	-499 233	-72,18%	999 892	1 411 537	1 170 824	-960 727
63111	Taxe sur salaires - Personnel Non Médical	7 827 823	66,68%	5 219 592		5 179 524	-46 268	-0,89%	7 576 664	7 679 907	5 120 960	52 364
63311	Versement de transport du PNM	1 600 000	66,68%	1 066 880		1 066 103	-687	-0,06%	1 563 106	1 594 540	1 066 405	-212
63312	Versement transport du PNM - Fonds Subventionnels		66,68%	0		0	0				0	0
63321	Cotisation au F.N.A.L. du PNM	195 680	66,68%	131 144		122 362	-8 584	-6,55%	59 272	69 451	40 434	82 124
63323	Cotisation au F.N.A.L. du PNM - Fonds Subventionnels			0		0	0				0	0
6336	Cotisation au fonds pour l'emploi hospitalier PNM	610 000	66,68%	409 744		491 920	-41 818	-1,18%	590 023	602 844	403 372	-1 442
Total art 633*		10 234 503	66,68%	6 824 367	0	6 764 069	-60 358	-0,88%	9 789 065	9 937 742	6 651 175	132 834
64111	Rémunération principale (Personnel titulaire et stagiaire)	56 354 281	66,68%	37 710 168	0	37 107 216	-602 952	-1,60%	54 189 577	55 433 490	37 025 281	81 935
64112	Indemnité de résidence	1 738 948	66,68%	1 159 531		1 121 939	-37 592	-3,24%	1 646 582	1 680 260	1 120 914	1 025
641122	N B I	293 896	66,68%	262 650		249 200	-22 450	-8,55%	387 579	369 707	269 707	-25 507
64113	Prime de service personnel titulaire	5 000 000	50,00%	2 500 000		2 482 013	-17 987	-0,72%	4 758 294	4 943 621	2 468 403	13 610
64115	Supplément familial	604 213	66,68%	402 896		401 548	-1 348	-0,33%	623 721	594 280	389 924	2 634
64116	Indemnités de préavis et de licenciement		66,68%	0		0	0				0	0
641585	Rémunération du PNM sur Fonds Subventionnels		66,68%	0		0	0				0	0
641186	Versement cotisations caisses personnel détaché hors AP		0,00%	0		0	0				0	0
641187	Allocation pour l'emploi de personnel titulaire et stagiaire		66,68%	0		0	0		32 766	29 937	25 807	-25 807
641188	Autres indemnités personnel titulaire et stagiaire	13 896 218	66,68%	9 265 998	145 864	8 980 738	-285 260	-3,08%	14 056 387	13 478 411	9 201 709	-220 962
64131	Rémunération prime (Pers. non tit. et emploi permanent)	2 314 094	66,68%	1 545 243		1 394 738	-148 487	-9,62%	2 700 037	2 277 964	1 523 474	-130 716
641321	Indemnité de résidence	23 000	66,68%	15 336		13 245	-2 091	-13,90%	33 241	22 648	15 584	-3 375
64133	Prime de service personnel non titulaire	6 000	50,00%	3 000		1 314	-1 686	-28,10%	4 099	3 333	2 763	-889
64135	Supplément familial	25 000	66,68%	16 670		11 764	-4 906	-29,43%	30 455	24 637	17 572	-5 808
64136	Indemnités de préavis et de licenciement	32 000	66,68%	21 336		21 627	-373	-1,17%	2 734			31 627
641387	Allocation pour l'emploi pers. non titulaire et emploi perm.		66,68%	0		0	0		99 961	77 434	56 016	-56 016
641388	Autres indemnités personnel non titulaire et emploi perm.	186 030	66,68%	124 025	89 000	128 804	5 779	4,66%	248 530	183 875	116 750	13 104
64151	Rémunération principale (P.N.M. de remplacement)	1 764 663	69,04%	1 217 617		1 370 567	152 890	12,56%	1 894 661	2 070 975	1 386 403	-15 894
641521	Indemnité de résidence	60 000	66,68%	40 008		37 934	-2 074	-5,18%	57 823	61 994	42 582	-4 348
64155	Supplément familial	20 000	60,00%	13 800		7 469	-6 331	-45,88%	14 447	18 104	13 975	-6 506
641587	Alloc. pour l'emploi (rempl. pr congés personnel titulaire)		66,68%	0		0	0		79 071	138 688	77 057	-77 057
641588	Autres indemnités du personnel de remplacement	250 000	69,09%	172 500		172 514	14	0,01%	294 137	299 582	194 023	-21 509
64161	Contrats d'avenir et accompagnement de l'emploi	450 235	66,68%	300 217		286 362	-19 715	-6,57%	137 663	410 978	248 724	11 778
64162	Emplois jeunes		0,00%	0		0	0		92 785			0
64163	P.A.C.T.E		0,00%	0		0	0		27 750			0
64168	Avenant contrats avenir à dépositaire particulière	1 27 000	0,00%	0		167 626	167 626		59 236	-2 706	-2 706	184 532
6417	Apprentis	40 000	66,68%	26 672		27 537	865	3,24%	36 830	40 697	25 806	1 731
Total Art 641		83 265 868	65,82%	54 806 332	234 864	53 994 997	-811 335	-1,48%	81 121 187	82 156 883	54 246 426	-251 428
64511	Cotis. SS régime fiscal PNM	6 654 911	66,68%	4 437 238		4 399 137	-40 091	-0,90%	6 578 847	6 507 709	4 388 065	8 152
64512	Cotis. SS régime général et régime AP PNM	1 177 726	66,68%	785 308		731 246	-54 068	-6,88%	1 199 517	1 162 801	786 134	-54 884
64514	Cotis. pour prestations familiales	3 332 674	66,68%	2 222 227		2 189 110	-33 117	-1,49%	3 228 340	3 288 661	2 199 784	-10 674

	LIBELLES	NC1 2007 RAM INCLUS	% de prévision (coefficient de saisonnalité)	Crédits saisonnalisés (EPRD 2007 X % de prévision)	Crédits RAM 2007	Dépenses cumulées Août 2007	Ecart Dépenses/Prévisions		Dépenses Janvier à décembre 2006 Année N	Dépenses Janvier à décembre 2006 Année N + RAM	Dépenses août 2006	Ecart Dépenses cumulées 2007 Année N - 2006 Année N
							Valeur	%				
		(1)	(2)	(4)	(5)	(5-2)						
645115	Cotis*, AT et dépenses AT PNM	7 000	66,68%	4 668		4 577	-91	-1,34%	5 379	7 118	5 700	877
645116	Cotis*, patronales PNM URSSAF-Fonds Subventionnels		0,00%	0		0	0					0
645131	Cotis* à IRCANTEC du PNM	200 659	66,68%	133 799		142 207	8 404	6,28%	231 223	234 279	149 420	-7 217
645132	Alloc temp. invalidité du PNM	306 000	66,68%	200 040		386 036	-14 004	-7,00%	272 699	280 410	187 203	-1 167
645133	Versement au Trésor Public	74 000	66,68%	46 676		30 101	-16 575	-35,51%	13 557	66 285	39 902	-9 801
64516	Cotisations R.A.P.P. - PNM	599 000	66,68%	372 741		369 021	-3 720	-1,00%	537 336	592 999	268 739	682
64514	Cotisations aux ASSÉDIC PNM	50 000	66,68%	33 340		33 981	641	1,92%		29 903	19 136	14 845
645151	Cotis* du PNM à la CNRACL	15 502 236	66,68%	10 396 903		10 289 428	-37 475	-0,36%	14 987 986	15 187 372	10 576 584	80 844
645152	Validations serv et cont.pair ags détaillés à l'AP(PNM)	298 646	77,42%	231 212	58 646	156 652	-74 560	-32,25%	187 380	417 329	304 292	-152 640
645157	Versement cotisations patronales agents détachés hors AP	99 456	100,00%	99 456	0	49 456	-50 000	-50,27%				49 456
	Total Art 645	28 341 908	66,91%	18 963 898	58 646	18 648 942	-314 656	-1,66%	27 242 373	27 984 623	18 730 469	-81 527
64713	Allocations chômage PNM	187 998	66,68%	125 357		131 833	6 496	5,18%		0		121 853
647151	Frais de fonctionnement- Météo du travail		66,68%	0		0	0			0		0
647152	Comité Médical AP		66,68%	0		0	0					0
647153	Rémunération des médecins- méd du travail	137 999	66,68%	92 018		76 938	-15 060	-16,37%	138 448	120 886	89 157	-3 199
647155	Vaccinations		0,00%	0		0	0					0
647181	Carte de transport	1 500	66,68%	1 000		1 066	96	9,58%		1 463	943	153
647183	Comité d'hygiène et de sécurité		0,00%	0		0	0					0
6471883	Capital déca du PNM	30 000	66,68%	26 672		0	-26 672	-100,00%	47 643	56 810	56 810	-56 810
	Total Art 647	367 497	66,68%	245 047	0	209 967	-38 140	-14,34%	186 891	179 139	157 910	-71 997
6481	Indemnité aux mineurs des outils	32 000	66,68%	21 338		23 284	1 946	9,12%	32 045	34 360	22 848	436
64831	Versements aux agents titulaires en C.P.A. ou C.F.A.	38 000	66,68%	25 338		13 714	-11 624	-45,88%	48 233	32 289	22 118	-8 424
6486221	Formation continue (intern PNM non AP)		0,00%	0		0	0					0
648631	Allocations d'études	300 000	66,68%	200 040		154 377	-45 703	-22,88%	191 900	204 049	130 705	23 632
648633	Allocation de stage (Élève IFSI)		66,68%	0		0	0					0
6486421	Formation continue (PNM AP-HP)		0,00%	0		0	0					0
648811	Rembt frais médicaux PNM victimes d'AT	104 101	68,63%	16 333	0	23 485	7 152	43,99%	36 583	304 705	116 468	-92 983
648813	Accidents du travail - Frais d'enquêtes		66,68%	0		0	0					0
648821	Rembt maladie du PNM	82 000	66,81%	54 784	0	176 362	121 578	221,92%	357 440	6 848	3 992	172 370
64883	Rembt des prestations en nature services au personnel		0,00%	0		0	0					0
64885	Régular de déca de contrats d'engagement de servir		0,00%	0		0	0					0
648882	Crèches et centres de loisirs - PNM	77 800	73,20%	56 930	12 800	45 693	-11 257	-19,77%	65 495	72 300	30 508	15 184
	Total Art 648	633 901	69,12%	374 783	12 800	436 876	62 692	16,57%	731 386	685 581	326 640	110 215
67211	Charges de PNM (exercices antérieurs) liés à la paie			0						90 368		
67212	Autres charges de PNM (exercices antérieurs)			0						95 643		
	Ces 2 comptes passent de la groupe 4			0								
		123 577 625	66,28%	81 905 799	-408 650	80 247 578	-1 658 629	-2,03%	120 256 005	122 325 475	81 243 463	-978 638

Annexe 2

DRH/IND/RE/ILT
Source : BDDINTERIM07
Chiffres en euros

DEPENSES INTERIM 2006 - 2007

Mise à jour le 27/09/2007

EPID 2007	631 800
HC1	
HC2	

INTERIM 2007	MENSUEL				CUMULE				Nbre d'heures**	ETP***
	Prévision	Dépenses*	Ecart dep/prév	Ecart %	Prévision	Dépenses	Ecart dep/prév	% des dépenses cumulées/dotations annuels		
Janvier	52 634	15 763,88	-36 870	-70%	52 634	15 763,88	-36 870	30%	340	2,5
Février	52 634	15 131,75	-37 502	-71%	105 268	30 895,63	-74 372	29%	334	2,4
Mars	52 634	17 224,76	-35 409	-67%	157 902	48 120,39	-109 782	30%	385,5	2,8
Avril	52 634	11 052,26	-41 582	-79%	210 536	59 172,65	-151 363	28%	220,5	1,6
Mai	52 634	21 663,04	-30 971	-59%	263 170	80 835,69	-182 334	31%	426,5	3,1
Juin	52 634	36 876,18	-15 758	-30%	315 804	117 711,87	-198 092	38%	664	4,7
Juillet	52 634	30 007,30	-22 627	-43%	368 438	129 719,17	-238 719	35%	220	1,6
Août	52 634	4 400,00	-48 234	-92%	421 072	134 119,17	-286 953	32%	110	0,8
Septembre	52 634	2 340,00	-50 294	-96%	473 706	136 459,17	-337 247	29%	36	0,3
Octobre	52 634				526 340			0%		0,0
Novembre	52 634				578 974			0%		0,0
Décembre	52 634				631 608			0%		0,0
Total	631 800	136 459	-327 247	-53,4%	631 608	136 459	495 149	22%	2710,5	19,0

* Dépense = Sommes liquidées ou à défaut sommes engagées "BDDINTERIM07"

** Nb d'heures engagées dans "BDDINTERIM07"

*** Calcul simplifié ETP soit un ETP = 140 h mensuelles moyennes

DEPENSES DE PERSONNELS INTERIMAIRES 2006 RAH 2005 INCLUS

EPID 2006	1 484 696
-----------	-----------

Dépense 2006 = dépenses S207E

	MENSUEL				CUMULE			
	Prévision	Dépenses	Ecart dep/prév	Ecart %	Prévision	Dépenses	Ecart dep/prév	Ecart %
Janvier	124 551	99 902	-24 649	-20%	124 551	99 902	-24 649	-19,8%
Février	124 551	221 843	97 292	78%	249 102	321 745	72 644	29,2%
Mars	124 551	125 008	458	0%	373 652	446 753	73 102	19,6%
Avril	124 551	622 181	497 631	400%	498 202	1 069 934	570 732	114,6%
Mai	124 551	75 229	-49 322	-40%	622 753	1 144 163	521 411	83,7%
Juin	124 551	20 250	-96 293	-77%	747 303	1 174 421	425 118	56,9%
Juillet	124 551	43 301	-81 250	-65%	871 854	1 215 522	343 668	39,4%
Août	124 551	37 355	-87 196	-70%	996 404	1 252 877	256 473	25,7%
Septembre	124 551	34 480	-90 071	-72%	1 120 955	1 287 357	166 402	14,8%
Octobre	124 551	46 004	-78 547	-63%	1 245 505	1 333 361	87 856	7,1%
Novembre	124 551	8 523	-116 028	-93%	1 370 056	1 341 884	-28 172	-2,1%
Décembre	124 551	167 957	43 407	35%	1 494 606	1 509 841	15 235	1,0%
Total	1 484 696	1 509 841	25 145	1,7%	1 494 606	1 509 841	15 235	1,0%

ECART DEPENSES INTERIM 2007 - 2006

	Ecart dépenses 2007 - 2006	
	Ecart mensuel	Cumulé
Janvier	-41 130,12	-41 130,12
Février	-206 711,25	-200 049,37
Mars	-207 783,24	-398 632,61
Avril	-611 128,74	-1 009 761,35
Mai	-51 565,96	-1 061 327,31
Juin	8 638,18	-1 052 689,13
Juillet	-33 023,75	-1 085 712,88
Août	-32 555,00	-1 118 267,88
Septembre	-32 140,00	-1 150 407,88
Octobre		
Novembre		
Décembre		
Total	-1 150 097,83	-1 150 097,83

Annexe 3

DRHNDREILT
Source : PPA00111

CONSOMMATION EN HEURES SUPPLEMENTAIRES EN EUROS 2006 - 2007

EPRD 2007	652 977
NC1	
NC2	

Mise à jour 27/06

HS EN EUROS 2007	Dépenses / code regroupement											Ecart dépenses/ saison	Nombre d'heures Source BDDHS2007	ETP
	Saison.	101	102	103	104	109	DEPENSES	DEPENSES	doit					
	PA	PSE	PH	PO-PT	REMP	Mois	CUMULEES	Mois + ex en cours	ex ant	en euros	en %			
janv-07	54 415	13 992,74	10 313,08		20 681,96	5 337,63	50 325,41	90 325,41		50 325,41	4 089,34	7,5%	1 906,81	13,6
févr-07	54 415	15 040,13	8 624,30	1,15	12 744,70	2 858,62	39 268,90	89 594,31		39 268,90	15 145,85	27,8%	1 190,50	8,5
mars-07	54 415	16 503,23	4 859,20		29 737,50	2 229,40	53 329,33	142 923,64	35 520,49	17 808,84	1 085,42	2,0%	883,35	6,3
avr-07	54 415	13 324,43	6 695,56		8 335,66	2 490,91	30 846,56	173 770,20	28 621,64	2 224,92	23 968,19	43,3%	901,70	6,4
mai-07	54 415	14 597,99	6 723,92		11 517,83	2 882,40	35 722,14	209 492,34	33 387,15	2 334,99	18 692,61	34,4%	1 102,00	7,9
juin-07	54 415	16 263,26	7 026,73		13 993,49	3 016,82	40 300,30	249 792,64	38 185,05	2 115,25	14 114,45	25,9%	1 459,50	10,4
juil-07	54 415	14 960,25	11 373,08		16 627,00	5 950,00	48 995,51	298 788,15	46 721,33	2 274,18	5 419,24	10,0%	1 973,70	14,1
août-07	54 415	14 079,71	7 211,52	102,09	12 960,57	3 059,27	37 413,16	336 201,31	37 398,72	14,44	17 001,59	31,2%	1 184,54	8,5
sept-07	54 415	14 218,56	13 867,34	97,05	31 896,23	5 377,34	65 456,53	401 657,84	63 152,75	2 303,78	-11 041,78	-20,3%	2 744,40	19,8
oct-07	54 415												751,30	5,4
nov-07	54 415													
déc-07	54 415													
TOTAL	652 977	132 980,30	76 694,73	200,30	158 494,94	33 202,39	401 657,84		282 987,13	118 670,71	88 074,91	13,5%	14 099,80	100,7

EPRD 2006	357 727
NC1	357 727
NC2	357 727

HS EN EUROS 2006	Dépenses / code regroupement											Ecart dépenses/ saison	Nombre d'heures Source BDDHS 2006	ETP
	Saison.	101	102	103	104	109	DEPENSES	DEPENSES	doit					
	PA	PSE	PH	PO-PT	REMP	Mois	CUMULEES	Mois + ex en cours	ex ant	en euros	en %			
janv-06	29 811	14 443,90	10 985,65	233,78	54 607,04	5 754,91	86 025,28	86 025,28		86 025,28	-56 214,70	-188,6%	1 501,10	10,7
févr-06	29 811	13 834,17	17 164,92	311,13	27 688,40	4 952,81	63 951,43	149 976,71		63 951,43	-34 140,85	-114,5%	1 930,50	13,8
mars-06	29 811	14 362,36	12 093,17	262,79	15 527,99	3 208,96	45 455,27	195 431,98	35 737,65	9 717,62	-15 644,69	-52,5%	2 050,65	14,8
avr-06	29 811	13 033,21	10 315,31	0,01	17 168,90	1 924,09	42 441,52	237 873,50	35 844,61	6 596,91	-12 630,94	-42,4%	1 181,60	8,4
mai-06	29 811	14 213,53	6 981,81		17 255,08	1 193,77	39 644,19	277 517,69	36 404,54	3 239,65	-9 833,61	-33,0%	1 078,30	7,7
juin-06	29 811	14 505,20	4 277,88		40 933,30		59 717,38	337 235,07	58 456,48	1 260,90	-29 906,80	-100,3%	549,90	3,9
juil-06	29 811	15 586,39	8 713,18		9 416,76	1 775,30	35 491,63	372 726,70	33 494,27	1 997,36	-5 681,05	-19,1%	996,20	7,1
août-06	29 811	14 449,47	7 494,76		12 453,93	2 292,03	35 563,69	408 290,39	36 126,94	563,25	-5 753,11	-19,3%	1 384,40	9,9
sept-06	29 811	15 653,69	6 294,16		12 147,48	2 168,27	36 263,60	444 553,99	36 263,60		-6 453,02	-21,6%	1 420,80	10,1
oct-06	29 811	14 526,31	7 862,24		6 259,83	1 972,99	29 068,59	473 622,58	29 844,98	776,39	741,99	2,5%	511,30	3,7
nov-06	29 811	14 084,22	6 738,80		13 933,35	1 783,52	36 064,90	509 687,48	36 064,90		-6 254,32	-21,0%	1 226,00	8,8
déc-06	29 811	14 676,78	6 341,24		47 599,99	2 931,69	71 549,70	581 237,18	71 549,70		-41 739,12	-140,0%	1 267,80	9,1
TOTAL	357 727	173 370,2	105 263,1	807,7	274 992,1	29 958,3	581 237,2		409 787,7	174 128,8	-223 510,18	-62,5%	15 088,65	107,8

Annexe 4

COMPTES RENDUS FINANCIERS
2006 - 2007

www.amaq.ca

00000001

ÉTAT DES COMPOSITIONS DES REVENUS 2007
SAUF REVENUS FISCAUX

REVENU	REVENUS FISCAUX				TOTAL	REVENUS NON FISCAUX				TOTAL	COMPOSITION des revenus de l'État en % du total des revenus	COMPOSITION des revenus de l'État en % du total des revenus non fiscaux	TOTAL	VARIATION 2006-2007	INDEX
	IR	IRP	IRH	IRG		IR	IRP	IRH	IRG						
2007	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2006	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8
DIFFÉ	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

ÉTAT DES COMPOSITIONS DES REVENUS 2006
SAUF REVENUS FISCAUX

REVENU	REVENUS FISCAUX				TOTAL	REVENUS NON FISCAUX				TOTAL	COMPOSITION des revenus de l'État en % du total des revenus	COMPOSITION des revenus de l'État en % du total des revenus non fiscaux	TOTAL	VARIATION 2006-2007	INDEX
	IR	IRP	IRH	IRG		IR	IRP	IRH	IRG						
2006	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2007	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8
DIFFÉ	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

ÉTAT DES COMPOSITIONS DES REVENUS 2007
DES REVENUS FISCAUX

REVENU	REVENUS FISCAUX				TOTAL	REVENUS NON FISCAUX				TOTAL	COMPOSITION des revenus de l'État en % du total des revenus	COMPOSITION des revenus de l'État en % du total des revenus non fiscaux	TOTAL	VARIATION 2006-2007	INDEX
	IR	IRP	IRH	IRG		IR	IRP	IRH	IRG						
2007	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2006	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8
DIFFÉ	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

ÉTAT DES COMPOSITIONS DES REVENUS 2006
DES REVENUS FISCAUX

REVENU	REVENUS FISCAUX				TOTAL	REVENUS NON FISCAUX				TOTAL	COMPOSITION des revenus de l'État en % du total des revenus	COMPOSITION des revenus de l'État en % du total des revenus non fiscaux	TOTAL	VARIATION 2006-2007	INDEX
	IR	IRP	IRH	IRG		IR	IRP	IRH	IRG						
2006	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2007	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8
DIFFÉ	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

TOTAL GOUVERNEMENT	COMPOSITION	TOTAL AUTONOME	COMPOSITION
2007	100,0	100,0	100,0
2006	99,8	99,8	99,8
DIFFÉ	0,2	0,2	0,2

TOTAL GOUVERNEMENT	COMPOSITION	TOTAL AUTONOME	COMPOSITION
2006	100,0	100,0	100,0
2007	99,8	99,8	99,8
DIFFÉ	0,2	0,2	0,2

Annexe 5

DMN E.G.P. BROUSSAIS

Tableau de bord MENSUEL pour le Conseil Exécutif Local H.E.G.P.-Broussais - Résultats à fin mai 2007

Cadran Activité

	Objectif	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai
Urgences	Taux d'évolution cumulé du nombre de passages aux urgences	100	100	100	100	100
	% clients de séjours en UHCCD > 1 nuit	77,0%	77,0%	77,0%	77,0%	77,0%
	Taux de spectacles non organisés à partir des Urgences	100	100	100	100	100
Taux d'évolution des séjours MCO (données DIM/Méga, corrigées de l'activité)	Evolution de tous les séjours MCO (H, complète et partielle, y.c. échanton)	100	100	100	100	100
	Evolution des séjours des lits cliniques (H, complète)	100	100	100	100	100
	Evolution des séjours des lits cliniques (H, partielle)	100	100	100	100	100
	N° d'actes de urgences en hospitalisation MCO avec UHCCD	100	100	100	100	100
Structures d'hospitalisation complète (HC) (données DIM/Méga, corrigées de l'activité)	Taux d'évolution du nombre de séjours > 1 nuit	100	100	100	100	100
	PMCT des séjours > 1 nuit (hors SHS, hors supplément)	100	100	100	100	100
	Index de performance de la durée des séjours MCO > 1 nuit (P DME)	100	100	100	100	100
	Taux d'évolution du nombre de séjours de 0 nuit et 1 nuit	100	100	100	100	100
	Part des séjours 0 nuit en HC	100	100	100	100	100
	Part des séjours 1 nuit en HC	100	100	100	100	100
	Taux d'évolution du nombre de séjours chirurgicaux > 1 nuit (N en SHS) en chirurgie	100	100	100	100	100
Structures d'hospitalisation partielle (HP) (données DIM/AP-HP non clôturée)	Taux d'évolution du nombre de séjours (hors AP-HP)	100	100	100	100	100
	dont nuit de jour (hors nuit de jour en HC)	100	100	100	100	100
	dont nuit de jour (hors nuit de jour en HC)	100	100	100	100	100
	dont nuit de jour (hors nuit de jour en HC)	100	100	100	100	100
	Taux d'évolution du nombre de séjours chirurgicaux ambulatoires (% en SHS)	100	100	100	100	100
R.S. les données issues du PMSI MCO sont corrigées de l'activité/déjà de charge						
SSR	Taux d'évolution du nombre d'admissions en SSR (données locales)	100	100	100	100	100
	Durée Moyenne de séjour (données locales)	100	100	100	100	100
Capacité de prise en charge	Mé de lits clients (capacité observée sur le mois/MCO)	100	100	100	100	100
	SSR	100	100	100	100	100
	TOC MCO (%)	100	100	100	100	100
	TOC SSR (%)	100	100	100	100	100
Plateaux techniques	Taux d'évolution des actes de chirurgie (en H)	100	100	100	100	100
	dont recherche	100	100	100	100	100
	dont pour patients hospitalisés (HC et hospitalisation partielle)	100	100	100	100	100
	dont pour patients hospitalisés (HC et hospitalisation partielle)	100	100	100	100	100
	dont pour patients hospitalisés (HC et hospitalisation partielle)	100	100	100	100	100
	dont pour patients hospitalisés (HC et hospitalisation partielle)	100	100	100	100	100
	Taux d'évolution des consultations externes (en nombre de consultations)	100	100	100	100	100
Nombre de greffes effectuées	dont Cœur	100	100	100	100	100
	dont Foie	100	100	100	100	100
	dont Rein	100	100	100	100	100
	dont Multi-greffes	100	100	100	100	100

Cadran Efficience

	Objectif	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai
Respect du contrat d'activité clinique	Mé de lits respectant leur contrat clinique en hospitalisation complète	100	100	100	100	100
	Mé de lits respectant leur contrat clinique en hospitalisation partielle	100	100	100	100	100
Taux de réalisation du contrat de plan équilibre	(table « plan de budget »)	100	100	100	100	100
Equilibre budgétaire	(table « plan de budget »)	100	100	100	100	100
Montant des dépenses (en millions d'euros) hors RAM	Montant des dépenses de personnel, Titre 1 hors RAM (millions d'euros)	100	100	100	100	100
	dont PM (millions d'euros)	100	100	100	100	100
	dont PMA (millions d'euros)	100	100	100	100	100
	dont MSA (millions d'euros)	100	100	100	100	100
	dont Honoraires supplémentaires	100	100	100	100	100
	Montant des dépenses médicales, Titre 2 hors RAM (millions d'euros)	100	100	100	100	100
	dont médicaments hors SHS hors médicaments génériques (euros)	100	100	100	100	100
	dont OMS hors SHS (euros d'euros)	100	100	100	100	100
	Montant des dépenses médicales et générales, Titre 3 hors RAM (millions d'euros)	100	100	100	100	100
	Montant des autres dépenses, Titre 4 hors RAM (millions d'euros)	100	100	100	100	100
Contrat de bon usage (indicateur trimestriel) sur trimestre						
	Taux de suivi contractuel des médicaments hors SHS	100	100	100	100	100
	Taux de suivi contractuel des dispositifs médicaux réparables hors SHS	100	100	100	100	100
	Taux de médicaments hors SHS de catégorie 2 ou autre cat. hors Cancebio	100	100	100	100	100
	Taux de médicaments hors SHS de catégorie 3 ou autre cat. Cancebio	100	100	100	100	100
Recettes (en millions d'euros) :	Recettes de titre 2 - autres produits de l'activité hospitalière (patients à domicile)	100	100	100	100	100
	Recettes de titre 2 - autres produits de l'activité hospitalière (patients ambulatoires)	100	100	100	100	100
	Recettes liés à l'activité sur 100% T2/MCO (données Dimédicalisées épages)	100	100	100	100	100
	Recettes des séjours HC, supplémentaires inclus (hors corrigées de l'act)	100	100	100	100	100
	Recettes des séjours HP, supplémentaires inclus (hors corrigées de l'act)	100	100	100	100	100
	Suppléments (inclus dans les recettes de séjours)	100	100	100	100	100
	Total recettes SHS (Recettes Dimédicalisées)	100	100	100	100	100
	Recettes externes	100	100	100	100	100
	Taux de recouvrement par rapport à la recette technique titres 2 et 3	100	100	100	100	100

Contrat de PMSI MCO

Taux d'évolution cumulé de charge (% à +15) en HC

Objectif	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai
Taux de séjours courts	100	100	100	100	100
Egység de charge - score DIM sur 13 tests, (2007 corrigé à l'activité 2006)	100	100	100	100	100

Cadran Attractivité / Qualité / Risques

	Objectif	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai
Personnel	Taux d'évolution de la fréquence totale du PMSI (en % budget)	100	100	100	100	100
	Efficacité du PMSI (en équivalent temps plein, ETP)	100	100	100	100	100
	dont activités diplômées (EPA)	100	100	100	100	100
	dont actes chirurgicaux	100	100	100	100	100
	dont internes de bloc opératoire	100	100	100	100	100
	dont internes en radiologie	100	100	100	100	100
	dont manipulateurs radio	100	100	100	100	100
	Mé de séjours médicaux réalisés pour détachés, ind., détachés (ind. Sés, à Sé DMC)	100	100	100	100	100
	Evolution du taux d'occupation (PMSI) pour patients externes, entre < 8 jours (H)	100	100	100	100	100
Qualité de la prise en charge	Surveillance des infections de site opératoire en chirurgie des services de chirurgie (niveau)	100	100	100	100	100
	Concomitance en L des solutions hydro-alcooliques (SHA) 1000 J d'usage	100	100	100	100	100
	Concomitance épidémiologiques (DEU) pour 100 J d'usage	100	100	100	100	100
	Mé de séjours hospitalisés > 48 jours en HC	100	100	100	100	100
	Nombre de patientes réalisées (ETP PM) (sur 180000 et au 31/12/07)	100	100	100	100	100

Cadran Projets

	Objectif	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai
Amélioration de l'organisation	Réseaux	100	100	100	100	100
	Nombre de coordinateurs réseaux	100	100	100	100	100
	Personnel	100	100	100	100	100
	Nombre de coordinateurs médicaux réseaux	100	100	100	100	100
	Risques	100	100	100	100	100
	Taux d'implémentation d'opérations du Net & Sec ou du service d'Info	100	100	100	100	100
	Labordatoires	100	100	100	100	100
	Biologie	100	100	100	100	100
Projets de plan stratégique	Nombre de greffes réalisées pour réseaux logistiques	100	100	100	100	100
Projet social et professionnel	Nombre de contrats d'accompagnement étudiants	100	100	100	100	100
	Nombre de contrats aides	100	100	100	100	100
	Montant des dépenses de formation conventionnées	100	100	100	100	100

Annexe 6

Méthodologie

1. Grille d'entretien

1 Le budget global

- Quelles étaient les modalités d'attribution des crédits de personnel en budget global ?
- Quels avantages ? Quels inconvénients ?

2 Le passage à la masse salariale

- Quelle la méthodologie de budgétisation des dépenses de personnel ?
- Quelles sont les modifications entraînées par le passage à une gestion en masse salariale ?
- Comment envisagez vous d'ajuster les dépenses de personnel en fonction des variations de l'activité ?

3 Les leviers d'ajustement de la masse salariale aux recettes d'activité

- Parlez moi de la mise en place des pôle et de ses implications en terme d'organisation du travail ?
- Quels sont les leviers d'action que vous pouvez mobiliser pour ajuster vos dépenses de personnel ? Quels sont les inconvénients et les avantages de chacun ?

2. Groupes de travail

Parallèlement aux entretiens menés avec différents interlocuteurs ayant un lien avec la gestion des dépenses de personnel et sensibilisés à la gestion en masse salariale, j'ai participé à deux groupes de travail complémentaires relatifs à la gestion en masse salariale des dépenses de PNM ; l'un organisé par la DPRS et la DF sur les enjeux de la gestion en masse salariale à l'AP-HP et l'autre interne au Groupe hospitalier HEGP-Broussais sur l'approfondissement de la délégation de gestion des ressources humaines.

Le groupe de travail organisé par le siège de l'AP-HP m'a permis d'analyser les enjeux financiers et stratégiques de la gestion en masse salariale des dépenses de

personnel. Comment construire la masse salariale ? Quel contrôle financier ? Quelles modalités d'ajustement des dépenses de personnel aux recettes d'activité ? etc...

Le groupe de travail interne à l'HEGP m'a permis d'enrichir le contenu du mémoire par des réflexions issues des réalités de gestion quotidienne des dépenses de personnels, qu'elles remontent de la DRH ou des cadres paramédicaux et administratifs des pôles.