

EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2018**

Date du Jury : **novembre**

**Le contrôle de gestion sociale, au
cœur de la performance des
ressources humaines : enjeux et
perspectives du déploiement d'outils
décisionnels au sein des
établissements de santé.**

MOULLET Sylvie

Remerciements

La rédaction de ce mémoire est l'occasion de remercier l'ensemble des professionnels que j'ai été amenée à rencontrer lors de mon stage d'élève Attaché d'Administration Hospitalière et dont j'ai apprécié les échanges qui furent riches d'enseignement.

Je souhaite remercier en particulier les agents des services des ressources humaines, le directeur des ressources humaines, mon maitre de stage et l'ensemble des cadres soignants ou administratifs du CHICAS pour leur accueil, le temps qu'ils m'ont accordé dans le cadre de mes missions.

Mes remerciements vont également aux contrôleurs de gestion sociale, ingénieurs du SID que j'ai pu rencontrer durant des entretiens (AP-HM) ou lors d'une semaine d'immersion au CHU de RENNES ou ceux avec qui j'ai pu échanger par téléphone pour leur témoignage (CH Moulins yzeure, CH de Niort). Leur point de vue professionnel a enrichi le contenu de ce mémoire

A ceux qui m'ont encouragé dans la préparation du concours ,mon ancien directeur et ma directrice des RH

Au service de ressources humaines du centre hospitalier Buech Durance

A ma famille

Sommaire

Introduction	1
1 Le contrôle de gestion sociale apparait progressivement comme une discipline incontournable au sein des services de RH des établissements de santé	5
1.1 Un contexte favorisant le déploiement du CDGS qui l'inscrit au cœur des enjeux stratégiques des établissements	5
1.1.1 L'influence des nouveaux modes de management et des nouvelles théories économiques.....	5
1.1.2 Les logiques d'optimisation et rationalisation budgétaire au cœur des mutations	6
1.1.3 Des évolutions réglementaires contraignent à des évolutions au sein des services RH.....	8
1.2 Par la mise en place d'outils décisionnels, le CDGS cherche à se positionner comme un vecteur d'amélioration de la performance des RH	11
1.2.1 Le contrôle de gestion sociale, une notion à définir	11
1.2.2 Les tableaux de bord décisionnels, outil de management	12
1.2.3 Les défis du contrôle de gestion sociale	15
2 Le contrôle de gestion sociale au sein d'un service de ressources humaines : l'exemple du Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS)	17
2.1 Le CHICAS, un établissement de référence ancré sur son territoire.....	17
2.1.1 Le CHICAS, un positionnement pivot	17
2.1.2 Le contexte budgétaire du CHICAS.....	18
2.1.3 L'organisation du service des RH.....	19
2.2 Le pilotage des outils décisionnels RH, une mission à repenser au sein du CHICAS	20
2.2.1 Une organisation fragmentée sans coordination.....	20
2.2.2 Un processus à repenser et à fiabiliser	22
2.2.3 Une difficulté de projection ou la résistance au changement	23

3	Préconisations pour un déploiement coordonné et structuré	25
3.1	Une démarche de co-construction pour améliorer la performance des ressources humaines	25
3.1.1	L'appui institutionnel comme vecteur de changement.....	25
3.1.2	Une organisation à repenser	26
3.1.3	Le rôle de la formation	28
3.2	Les actions à mettre en place au sein de la structure	28
3.2.1	Un plan d'action à programmer.....	28
3.2.2	Proposition de planification.....	30
3.2.3	L'évaluation du dispositif.....	31
	Conclusion	33
	Bibliographie	35
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'administration hospitalière

AP-HM : Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

ARE : aide au retour à l'emploi

ARS : agence régionale de santé

BO : business object

CET : compte épargne temps

CHICAS : centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud

CREF : contrat de retour à l'équilibre Financier

COPIL : comité de pilotage

CPOM : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

DAF: Direction des Affaires Financières

DG : directeur(ion) général(e)

DGFIP : direction générale des Finances publiques

DGOS: direction générale de l'Offre de soins

DM : décision modificative

DRH : directeur des ressources humaines

EPRD : état des prévisions de recettes et de dépenses

FIR : fonds d'intervention régional

GHT : groupements hospitaliers de territoire

GPMC : Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

GVT: glissement vieillissement technicité

HAD: Hospitalisation à domicile

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PM : personnel médical /PNM : personnel non médical

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

RH : ressource(s) humaine(s)

SID: système d'information décisionnel

T2A : tarification à l'activité

Introduction

Le secteur hospitalier français a fortement évolué depuis ces dernières années. Pour répondre à un double objectif de qualité et d'accès aux soins et une meilleure rationalisation des coûts et des dépenses, les réformes se sont succédées autour de l'organisation du secteur médical, les planifications sanitaires, les schémas régionaux d'organisation sanitaire, les coopérations entre établissements, le processus de certification, la tarification à l'activité (T2A), les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, la création des pôles, les groupements hospitaliers de territoire (GHT), le projet médical partagé dans chaque territoire....

Se distinguant par ses 3089 structures disposant de capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou à temps partiel, ce secteur comptabilise près de 1.020.530 membres de personnel dont 645.684 de titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière, ainsi que 188.889 emplois de personnels médicaux, pharmaciens, sages-femmes, internes...¹. En 2014, la cour des comptes s'inquiétait du manque d'efficacité de la gestion des ressources humaines hospitalière faisant des dépenses de personnel un enjeu dans la maîtrise de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Ainsi la masse salariale - c'est-à-dire des dépenses liées aux personnels (rémunération principale, primes, indemnités, charges patronales, impôts et taxes assis sur les rémunérations...) - représente entre 60 et 85 % des dépenses totales². Face au contexte actuel de tensions budgétaires et financières, la maîtrise de cette masse salariale au sein des établissements publics ainsi que l'ensemble des axes de la gestion des effectifs (carrière, la formation, la GPMC, la mobilité, la qualité de travail, l'impact de l'absentéisme) est incontournable et constitue un défi majeur pour les responsables des ressources humaines (RH). Comme le souligne C.Poimboeuf et A.Lucas³ « les performances financières ne peuvent et ne doivent pas occulter les préoccupations sociales, car la performance sociale participe à la performance globale des établissements de santé ». La performance est une notion multidimensionnelle abordée également dans le domaine de l'économie de la santé dont découle l'efficacité médico-économique, l'équité et la qualité (Ledermann,2008⁴). Selon

¹ Les établissements de santé, panorama de la DREES, édition 2017

² Guide pour le suivi de la masse salariale, DGOS, 2014

³ POIMBOEUF C. et LUCAS A., « Renforcer la dimension stratégique des RH », Les cahiers hospitaliers, n° 259, septembre 2009

⁴ LEDERMANN M., « la recherche de la performance par l'optimisation des processus. L'exemple du centre hospitalier intercommunal de la côte basque », mémoire EHESP, Directeur d'hôpital, 2008

l'OCDE, la performance correspond à « tous rendements, résultats ou autres bilans mesurables d'activité du secteur public », et la gestion des performances, comme « l'ensemble des procédures mises en œuvre pour définir et mesurer les réalisations, et pour les relier aux mesures d'incitation ou aux sanctions appliquées par un supérieur hiérarchique (organisme ou individu) à l'égard d'un subordonné » La performance sociale est donc à rechercher au sein des services de ressources humaines (RH). Pour ce faire, quantifier et mesurer des indicateurs dans chaque domaine ou processus de RH, suivre leurs évolutions, les comparer, faire des projections pour anticiper les besoins, optimiser les orientations ou procéder à des actions correctrices pour modifier des tendances ou atteindre les objectifs, dégager des informations nécessaires à la prise de décision sont des missions de plus en plus développées et nécessaires au sein des services des ressources humaines. Cette mesure de la performance socio-économique est appelée contrôle de gestion sociale.

Pour Bernard Martory, le contrôle de gestion sociale peut être considéré comme « une composante et une extension du contrôle de gestion »⁵. Au-delà de la dimension classique qui attribue au contrôleur de gestion un rôle de vérificateur en répondant aux seules logiques budgétaires c'est à dire le moyen de s'assurer que « l'information financière est juste et conforme aux procédures »⁶, son rôle va évoluer vers des missions d'aide au pilotage et à la décision, à la participation dans les décisions stratégiques ainsi que de contrôle de leur mise en œuvre effective au sein des structures dans un souci constant d'allocation optimale des ressources. Dès lors, la vision de Simons sera en ce sens novatrice car pour lui « les systèmes de contrôle de gestion sont considérés comme des outils pour la mise en œuvre de la stratégie »⁷. Transposée aux ressources humaines, le contrôle de gestion sociale est défini dès lors comme « un système d'aide au pilotage social de l'organisation ayant pour objectif de contribuer à la gestion des ressources humaines dans leurs performances et les coûts qu'ils engendrent »⁸. Il recherche, à partir d'approche quantitative de la performance sociale, d'accompagner la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs de la fonction RH. Le contrôle de gestion sociale ne peut se limiter à un rôle d'information mais doit permettre de décider, piloter et décliner des stratégies. En effet, dans le contexte de transformations structurelles, du développement de nouvelles formes

⁵MARTORY B., « Contrôle de gestion sociale : salaires, masse salariale, effectifs, compétences, performances », 8 -ème édition, Magnard-Vuibert, 2015, p 6

⁶ LAMBERT C., SPONEM S., « La fonction contrôle de gestion : proposition d'une typologie ». La comptabilité, le contrôle et l'audit entre changement et stabilité, Mai 2008

⁷ LARTIGAU J., NOBRET T., « une nouvelle grille d'analyse pour le contrôle de gestion hospitalier : le contrôle intégré de Simons », 2011, p 8

⁸ MARTORY B., CROZET D., « Gestion des ressources humaines : pilotage social et performance », 9ème édition, Dunot, 2016 p 285

d'organisations complexes, en permanente évolution, les ressources humaines sont amenées à évoluer, faisant émerger le besoin d'une démarche plus stratégique et prospective. C'est pourquoi, à travers ce mémoire, nous allons nous attacher à montrer **en quoi le contrôle de gestion sociale s'inscrit dans une démarche de performance des ressources humaines et contribue à améliorer l'efficacité globale des établissements .Dans quelle mesure le contrôle de gestion sociale peut se positionner aujourd'hui comme un outil de pilotage adaptée aux problématiques et besoins des établissements publics?**

Il est donc nécessaire pour cela d'appréhender le contexte qui contribue à faire émerger ce nouveau besoin dans lequel évoluent les RH ainsi que de comprendre les objectifs et missions du contrôle de gestion sociale. Pour cela, mon analyse fera écho des différentes mesures mises en place ces dernières années, s'appuiera sur la littérature sur ce sujet et de différents témoignages de contrôleur de gestion sociale. Par ailleurs, je m'attacherai à analyser le fonctionnement dans ce domaine au sein du service RH du centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS) où j'ai effectué mon stage. Ce terrain fut en effet un lieu d'observation et d'analyse opportun puisqu'il m'a permis de constater que cette démarche nécessite d'être anticipée, réfléchie et pensée en concertation et est le fruit d'une collaboration continue entre différents acteurs pluridisciplinaires. Par ailleurs, aucun projet de modernisation ne peut réussir sans qu'il y ait eu un diagnostic préalable sur les pratiques actuelles, les moyens techniques et humains d'où découle ensuite la pertinence des préconisations d'améliorations. Cette mission m'a été confiée et j'ai pu chercher à détecter en amont les freins et obstacles qui peuvent retarder ou différer ce projet. Elle a été riche d'enseignement et représente un intérêt pour l'AAH directement impliqué et responsable de la fiabilisation et l'amélioration de la performance des ressources humaines. Elle a été propice à la mise en application des différents champs de compétences requis par l'Attaché d'administration hospitalière (AAH) comme l'expertise, la gestion de projet, l'identification d'actions correctrices, la proposition de scénarii et de ses impacts au sein de l'institution.

Dès lors, mon mémoire sera conduit de manière graduée: dans une première partie, je détaillerai et mettrai en avant le contexte dans lequel se développe le contrôle de gestion sociale ainsi que les raisons de son développement au sein des établissements de santé. Dans une seconde partie, j'apporterai une analyse sur les pratiques, les outils existants mis à disposition par le service des RH du CHICAS. Et enfin, j'apporterai des préconisations qui me semblent indispensable pour réussir le développement de cette discipline.

1. Méthodologie

Ce mémoire consiste à comprendre pourquoi les établissements de santé doivent apporter une attention particulière au contrôle de gestion sociale et ainsi leur permettre de gagner en efficacité, en temps, en pertinence. Les services RH doivent évoluer d'une RH administrative vers une RH stratégique qui axe ses missions sur des projections, l'anticipation, assurer une veille des évolutions et devient un instrument incontournable de pilotage. Pour cela, les services doivent mettre en place des outils décisionnels et une organisation efficiente. Ainsi, pour rendre le contrôle de gestion sociale source de performance, un travail en amont doit être amorcé pour permettre de réunir les conditions de sa réussite.

Face aux enjeux exposés, le directeur des ressources humaines arrivé en mars 2018 et l'AAH en charge du personnel non médical m'ont chargé de procéder à un audit interne et de proposer des pistes de réflexion pour le service.

Afin d'appréhender toutes les dimensions de ce projet et enrichir le contenu de ce mémoire, j'ai adopté la méthodologie suivante :

- Observer le fonctionnement global du service et des relations inter services (en particulier finance, Pôle, informatique...),
- Mener des entretiens avec l'ensemble des agents du service RH qui fournissent des données chiffrées aux directeurs dont le DRH et le DG et aux pôles,
- Rencontrer le cadre administratif de pôle qui est également l'AAH aux finances, le DRH, le directeur des soins pour montrer la transversalité du contrôle de gestion sociale,
- Mener des entretiens téléphoniques avec des contrôleurs de gestion sociale de plusieurs établissements (5 au total) sur la base d'une grille d'entretien (Annexe 1)
- Consulter et étudier des documents internes fournis par le service RH, et articles spécialisés,
- Recueillir des informations au cours d'échanges informels,
- Participer à 2 jours de formation portant sur l'utilisation d'un logiciel décisionnel,
- Créer quelques requêtes et faire des comparaisons avec les données actuelles,
- Rencontrer l'équipe de l'AP-HM qui a eu en charge le déploiement du contrôle de gestion sociale (équipe informatique, responsable de la gestion des effectifs, contrôleur de gestion sociale)
- Faire un stage complémentaire de 4 jours au sein du service de contrôle de gestion sociale du CHU de Rennes

1 Le contrôle de gestion sociale apparaît progressivement comme une discipline incontournable au sein des services de ressources humaines des établissements de santé

Sous l'égide d'un environnement fortement contraint, les établissements de santé connaissent d'importants changements structurels conduisant inexorablement et irréversiblement à de profondes restructurations internes, ainsi qu'à des évolutions en termes de management ou d'organisation des services. Dès lors, les ressources humaines se trouvent au cœur des enjeux et problématiques l'amenant à développer de nouveaux axes stratégiques dont le contrôle de gestion sociale devient un des piliers.

1.1 Un contexte favorisant le déploiement du CDGS qui l'inscrit au cœur des enjeux stratégiques des établissements

Le déploiement d'un contrôle de gestion sociale au sein des services RH apparaît sous l'impulsion de la modernisation de notre système de santé portant à la fois sur des aspects financiers, réglementaires et par de nouveaux modes de management.

1.1.1 L'influence des nouveaux modes de management et des nouvelles théories économiques

De nouvelles méthodes de management émanant des entreprises privées vont progressivement émerger au sein des établissements de santé. Un courant, développé au Royaume Uni dans les années 70, influença particulièrement les conceptions et modes de pensée. En effet le « New Public management » (NPM) ou « nouveau management public » cherche à requestionner les fonctionnements de l'administration, à créer un nouveau souffle dans les organisations jugées trop bureaucratique autour d'un « Etat organisateur et stratège » et ainsi mettre en avant de nouveaux objectifs issus des méthodes d'entreprises privées—reposant sur « les trois « E » : Economie, Efficacité et Efficience ». Y. Pesqueux⁹ précise les bases de la conception de ce mouvement : les conditions de réussite passent selon lui par « la définition d'un objectif mesurable, défini, pertinent, cohérent par rapport à la mission et à la vocation du service concerné, la cohérence des moyens engagés, (...) Le New Public Management va insister sur la programmation, la coordination, la contractualisation, l'évaluation des décisions (ex ante et ex post) et se caractérise par la mise en œuvre d'indicateurs d'activité, d'outils de gestion budgétaire et comptable, d'outils de mesure des coûts dans la perspective de répondre à trois logiques d'action : celle de l'efficacité socio-économique, celle de la qualité de service,

⁹ PESQUEUX Y., « Le nouveau management public » (ou New Public Management). 2006

celle de l'efficacité de gestion ou d'efficience». Dans un souci de recherche d'économies, il permet la mise en place d'outils pour le suivi d'action, de ses résultats et performances (DREYFUS, 2010)¹⁰ faisant ainsi évoluer les missions des services RH où vont se développer les concepts de maîtrise de la masse salariale et les indicateurs de performance. Christopher Hood¹¹ associe, quant à lui, le NPM à sept dimensions de changement qui cherche à valoriser la discipline et la parcimonie dans l'usage des ressources, la recherche de solutions alternatives moins onéreuses, la nécessité d'une visibilité des managers impliquant des contrôles plus actifs basés sur des résultats et donc la mesure de la performance.

L'ensemble de ces principes est aussi inspiré par des courants économistes constitués autour de trois grandes écoles : l'école du public choice, l'école des relations d'agence et l'école des coûts de transaction. Pour D. Giaque et D. J. Caron, c'est « principalement en fonction de ces trois théories que des critiques ont pu émerger sur le fonctionnement des administrations publiques. »¹². Pour l'école du public choice en particulier, l'objectif est de savoir si toutes les décisions de dépenses sont rationnelles au plan économique et vont de soi. L'Etat doit non seulement réduire le montant de ses dépenses mais également apprendre à gérer. Dès lors, elle remet en cause le fonctionnement de l'Etat providence. C'est la prémisse des évolutions de gestion qui veille à équilibrer de façon optimale les ressources et les besoins amenant ainsi aux restructurations de l'offre de soins, des restructurations et une culture de gestion au sein de l'ensemble des strates des organisations hospitalières.

1.1.2 Les logiques d'optimisation et rationalisation budgétaire au cœur des mutations

La dégradation des finances publiques au cours des dernières années a contraint les gouvernements successifs à recourir à des politiques d'économies et de rationalisation orientées vers la maîtrise des dépenses de santé et la réduction des déficits de la sécurité sociale. La loi du 01 Aout 2001 relative à la loi de finance conduit à mettre en place des stratégies ainsi qu'à manager des projets à partir des méthodes de gestion. Plan hôpital 2007 puis 2012 s'inscrivent dans ce prolongement. Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été proposé à 190,7 milliards d'euros permettant de réaliser environ 4,1 milliards d'euros d'économies (0,6 milliard d'euros de plus qu'en 2016) malgré les

¹⁰ DREYFUS F., « La révision générale des politiques publiques, une conception néolibérale du rôle de l'Etat ? », Revue française d'administration publique, 2010/4 n° 136, p. 857-864

¹¹ HOOD C., « A Public Management for all Seasons ? », *Public Administration*, 1991

¹² Caron D.J., Giaque D., « Réforme administrative et gestion des ressources humaines : comparaison de la Suisse et du Canada », *RIPC*, Vol. 11, n° 2, 2004, p. 239-240.

variations à la hausse les dépenses de personnel liée à l'évolution de la valeur du point de la fonction publique, les mesures concernant l'accord du « parcours professionnel carrières et rémunérations ». Ces objectifs d'économie évoluent dans un double contexte : d'une part par une maîtrise du budget global des hôpitaux dont la dotation globale octroyée annuellement est calculée en fonction de la dotation de l'année précédente à laquelle est appliqué un taux d'accroissement déterminé par le ministère et d'autre part par la maîtrise du financement à travers le principe de la tarification à l'activité (T2A). Le financement des établissements est ainsi structuré autour d'une dotation pour les missions de service public et d'une facturation à l'activité sur la base d'un tarif de prestation d'hospitalisation, fondée selon les données du Programme de Médicalisation du Système d'Information des Hôpitaux (PMSI). Ces changements de paradigme de distribution des ressources visent, in fine, à améliorer l'efficacité des établissements et nécessitent un contrôle et un pilotage performant avec un suivi régulier d'indicateurs. Pour autant, les établissements connaissant des budgets déséquilibrés sont accompagnés, de manière contractuelle, par l'ARS dans le cadre d'une démarche de retour à l'équilibre appelée CREF (Contrat de retour à l'équilibre financier) pouvant être complété par un plan de redressement (PRE), des missions d'appui ou de conseil de l'IGAS, ou des plans d'amélioration de la performance.

Depuis le 11 décembre 2012, le Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins (COPERMO) visent en outre à assurer le suivi des établissements en difficulté. L'objectif étant de trouver des « leviers d'efficacité reposant sur la performance du pilotage, de l'organisation et des processus de soins, ou des fonctions supports pour répondre à plusieurs objectifs dont l'amélioration des conditions de travail et favoriser l'efficacité opérationnelle et économique »¹³. Les leviers peuvent porter sur divers axes d'amélioration (recettes, dépenses en personnel...). Les outils d'analyse sont donc une priorité pour permettre de mesurer l'évolution des actions mises en place, quantifier chaque axe opérationnel. Par ailleurs, le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est obligatoire. Il permet nécessairement de mettre à disposition des bilans mensuels ou ponctuels auprès des tutelles. Il faut, dès lors, un système d'information fiable dans les fonctions supports.

Dans une moindre mesure, la nouvelle gouvernance hospitalière a vu également la création des pôles pouvant disposer d'une délégation de gestion et d'une organisation managériale avec comme chef de pôle, un médecin. La loi impose la contractualisation autour d'un contrat de pôle. Celui-ci définit les objectifs, en matière de politique et de qualité des soins,

¹³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/efficacite-hospitaliere>

et les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs. Des délégations de dépenses peuvent être octroyées au chef de pôle pouvant porter sur la gestion du personnel comme les effectifs rémunérés, la répartition des moyens humains affectés, le recrutement du personnel non titulaire du pôle; l'affectation des personnels.... Avec les CPOM, des bilans réguliers permettent de connaître l'atteinte des objectifs. Dès lors, le suivi des indicateurs contractualisés devient un enjeu et les établissements se doivent de se doter d'outils performants pour permettre une exhaustivité des données.

Les programmes nommés Hôpital numérique 2012-2016 permettent de développer les systèmes d'information hospitaliers et constitue un levier majeur pour la modernisation des établissements et de leurs outils.

1.1.3 Des évolutions réglementaires contraignent à des évolutions au sein des services RH

Engagé dans une démarche de contrôle et de maîtrise des dépenses, les établissements de santé doivent garantir la qualité de leur compte public. De nombreux rapports émanant de l'inspection Générale des Affaires Sociales ou de la cour des comptes faisaient écho d'un manque de fiabilité des comptes hospitaliers. Le rapport Larcher¹⁴ en 2008 préconise la certification des comptes hospitaliers. En application de l'article 47-2 de la constitution, et de l'article 17 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), le principe de certification des comptes a été inscrit dans le code de santé publique. Cette démarche doit permettre de « donner une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière »¹⁵. La circulaire du 10 octobre 2011 relative au lancement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé amène dès 2012 à un projet national de fiabilisation des comptes mené par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction générale des finances publiques(DGFIP°), étape indispensable et préalable à la certification. Cette démarche implique l'implication de l'ensemble des services autour d'un objectif de maîtrise des risques obligeant les établissements à justifier de l'utilisation des fonds publics et permet plus de transparence, la garantie de la qualité de l'information sur la situation financière de la structure et le respect des réglementations comptables. Par ailleurs, elle permet également une amélioration de la gestion des risques par l'identification des coûts de non qualité ou d'amélioration de la performance de processus de gestion dans

¹⁴ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M.gérard LARCHER, Ministère des affaires sociales et de la santé, avril 2008, p. 37-38

¹⁵ Article 47-2de la constitution du 4 octobre 1958 créé par la loi constitutionnelles n°2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la V°république

l'ensemble des fonctions supports comme celui des ressources humaines. Le décret n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 contraint cependant différemment les établissements de santé en fonction du poids de leur budget : seront soumis à une certification ceux dont les comptes sont fixés à plus de 100 millions d'euros (entre 100 et 700 par le commissaire aux comptes, au-delà par la cour des comptes). Ce décret détaille également les trois phases successives de la démarche de la certification. Si tous les établissements ne sont pas soumis à certification, tous sont tenus cependant à une fiabilisation de leurs comptes. Cette conformité des états financiers permet ainsi la mise en place d'outils de gestion visant une amélioration de la performance et d'efficacité au sein de l'ensemble des directions fonctionnelles. Pour le service des ressources humaines, les enjeux de fiabilisation se cristallisent autour du cycle du personnel et des cartographies de risques notamment la gestion des mouvements du personnel (suivi évolution personnel, décision d'embauche, gestion départs..), les rémunérations fixes et des charges affectées, les éléments variables de paie, les heures supplémentaires, ou du suivi des provisions relatives au personnel pour les Compte épargne Temps (CET), ou Allocation Retour à l'emploi (ARE)... Des indicateurs de suivi deviennent donc indispensables.

La rénovation du mode de gestion prévue par le décret du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé apporte de nouveaux changements avec la mise en place d'une obligation de transmettre aux organismes de tutelles l'Etat prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) mais également du Plan Global de financement Pluriannuel (PGFP). Leur cadre est normalisé et un changement de paradigme émerge puisque la prévision des produits détermine dorénavant celle des charges « on passe d'une logique de niveau de dépenses qui induit le niveau de ressources (cadre classique) à une logique de niveau d'activité qui induit un niveau de ressources, qui autorise un niveau de dépenses et donc de moyens »¹⁶. Les prévisions doivent donc être sincères sous peine d'être rejetées par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Elles doivent intégrer par ailleurs les notifications et engagement du contrat pluriannuel d'objectifs et de Moyens (CPOM). Celui-ci inscrit les établissements dans une démarche de contractualisation et d'évaluation de la performance. Signé pour une durée de quatre ans et révisable chaque année, il s'articule autour des priorités nationales, régionales qui se déclinent ensuite en objectifs. Ceux-ci sont mesurés et quantifiés au travers d'indicateurs opérationnels, auxquels sont associés des cibles pluriannuelles chiffrées. Des diagnostics et évaluations autour de ces objectifs stratégiques et opérationnelles suivent. Des comparaisons inter établissement, de taille et secteur équivalent, permettent ainsi aux ARS d'appuyer leurs conclusions. Les établissements de

¹⁶ <https://www.grand-est.ars.sante.fr/etat-previsionnel-des-recettes-et-des-depenses-eprd>

santé sont donc tenus de suivre leurs engagements et toute dérive devra faire l'objet d'argumentation si possible quantifiée. Toute réorganisation de service, toute nouvelle orientation de l'établissement a donc un impact sur l'évolution de la structure du personnel. Dès lors, dans cet environnement et face aux enjeux, les services des ressources humaines doivent se doter d'outils de pilotage opérationnels et pertinents. Ils doivent participer au suivi financier des dépenses de personnel dans le cadre de l'exécution budgétaire des dépenses du personnel, et apporter également des propositions d'améliorations.

Des obligations réglementaires à portée sociale a également permis de faire évoluer les outils décisionnels RH. En effet, la loi du 12 juillet 1977¹⁷ appliqué en 1988 à la fonction publique hospitalière, rend obligatoire la production d'un bilan social pour les entreprises de plus de 300 salariés. L'article 438-3 du code du travail définit le bilan social comme un « document unique qui récapitule les principales données chiffrées permettant d'apprécier la situation de l'entreprise dans le domaine social, d'enregistrer les réalisations effectuées et de mesurer les changements intervenus au cours de l'année écoulée et des deux années précédentes ». Des modifications à la suite du décret du 22 novembre 2012 et de l'instruction du 2 janvier 2013 simplifieront son contenu et apporteront une nouvelle orientation autour du dialogue social et l'élaboration de recueils de données sociales autour d'une dimension plus stratégique (emploi, rémunérations, les conditions de travail, la formation, ...). Le bilan social constitue un véritable instrument pour analyser les conditions sociales des salariés. Il permet également de dégager des pistes d'amélioration, définir des actions à mener dans l'avenir. Il peut donc servir d'outil de management pour suivre des évolutions, et ses indicateurs (exemple annexe 2) . Pour Karine Fontaine-Gavino et Adrien Zambaux « Le bilan social peut être considéré comme un tableau de bord spécifique dont le principal objectif est la communication et le dialogue social. Mais l'objectif d'action est peu présent compte tenu du nombre important d'informations. Le bilan social peut constituer une bonne base de départ pour la constitution ultérieure de tableaux de bord »¹⁸. A côté du bilan social, des enquêtes obligatoires pour les établissements se développent comme la SAE où la partie « personnel » est particulièrement détaillée

Le déploiement d'une gestion des ressources humaines analytique, stratégique né donc de la volonté de responsabilisation des établissements, le suivi de leurs objectifs et du contrôle des moyens déployés mais également dans le cadre du dialogue social.

¹⁷ Loi n°77-769 du 12 juillet 1977 relative au bilan social de l'entreprise

¹⁸ FONTAINE-GAVINO K., ZAMBEAUX A., « Bilan social et tableaux de bord: des outils de pilotage au service des ressources humaines » , coll les diagnostics de l'emploi territorial,HS n°9

1.2 Par la mise en place d'outils décisionnels, le CDGS cherche à se positionner comme un vecteur d'amélioration de la performance des RH

Dans des organisations de plus en plus complexes, le développement des indicateurs pouvant aider les responsables décisionnels constitue un enjeu. Dans le domaine des ressources humaines, le contrôle de gestion social, avec un triple objectifs de qualité, rapidité et exhaustivité, est un des moyens d'avoir une approche plus fine du contexte dans lequel l'hôpital évolue.

1.2.1 Le contrôle de gestion sociale, une notion à définir

Les ressources humaines doivent au quotidien équilibrer les coûts directs et indirects liés au personnel. Elles prennent en compte également, et de manière interdépendante, les dimensions humaines et la qualité des soins soulignant ainsi l'aspect stratégique de la gestion du capital humain comme le modèle et outil « Balanced Scorecard » ou « Tableau de bord prospectif équilibré » créé par Kaplan et Norton qui analyse la performance sous quatre angles : l'aspect financier, les clients, les processus internes et l'apprentissage ou comme A.-J. Dupouy (2010) qui associe la performance hospitalière selon les axes : le domaine financier, les patients, les processus, les ressources humaines.

Le contrôle de gestion sociale recherche à mettre en place et permettre une plus grande visibilité et une meilleure transparence des évolutions sociales et de la masse budgétaire. Ainsi sa mise en œuvre se décline autour de deux axes de développement : d'une part le pilotage stratégique pour répondre et atteindre les objectifs fixés par l'organisation et d'autre part l'aspect opérationnel autour de trois axes identifiés par B. Martory¹⁹ : le premier est l'allocation des ressources à savoir la gestion des effectifs, la formation, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, le second le pilotage social autour des conditions de travail, et enfin le pilotage économique autour des frais de personnel, masse salariale.... On passe ainsi d'une gestion des ressources humaines passive à une démarche pro active d'anticipation, de planification, d'analyse des enjeux pour orienter les décisions. Pour D. Péan,²⁰ « le contrôle de gestion sociale a pour but, à partir d'une approche quantitative de la performance sociale, d'accompagner et vérifier l'atteinte des objectifs de la fonction RH ». Selon G.Naro, « le contrôle de gestion sociale procède d'un contrôle permanent à des fins de pilotage social et de mesures des performances sociales

¹⁹ MARTORY B., « Contrôle de gestion sociale : salaires, masse salariale, effectifs, compétences, performances », 8 -ème édition, Magnard-Vuibert, 2015

²⁰ PEAN D., titulaire DECF « le contrôle de gestion social, comment en faire une source de valeur ajoutée et un réel outil de performance ? », article internet

et comprend deux dimensions : le reporting social et le pilotage social». Le reporting social vise à transmettre en interne des informations et des indicateurs sociaux aux responsables décisionnels ou aux représentants du personnel. Le pilotage social, quant à lui, vise à prendre connaissance et suivre en toute autonomie les indicateurs sociaux à visée opérationnelle et stratégique ainsi que leurs cibles d'atterrissage.

A cet effet, le contrôleur de gestion sociale aura plusieurs missions :

- l'étude des coûts du personnel (rémunérations fixes, variable, intérim, provisions, effet prix),
- la maîtrise de la masse salariale (effet volume avec écart des effectifs, écart des structures professionnelles, Glissement Vieillesse Technicité, évaluation des recrutements en rapport avec les départs, analyse des effets de report (incidence augmentations de l'année précédente sur l'années en cours), effet de structure (incidence des changements dans la composition des catégories) effet de noria (incidence des entrées et sorties du personnel en cours d'année), pyramide des âges.....) Annexe 2;
- l'analyse de l'impact d'une politique salariale (simulation des variations et des mesures individuelles et collectives),
- la participation à la réalisation des budgets pour la partie RH en suivant les mouvements infra annuels, l'EPRD
- l'évaluation des dysfonctionnements sociaux et leurs solutions alternatives : le taux d'absentéisme, le turn over, le taux d'accident de travail, le budget moyen en formationCes indicateurs visent à évaluer le bien être des agents et la qualité de vie au travail

Les objectifs premiers du contrôle de gestion sociale sont donc de suivre, décortiquer, simuler, comparer, analyser les composants des données RH. Mettre en évidence les points de vigilance, éclairer les décisions et les axes d'amélioration en sera le prolongement au service des décideurs hospitaliers, des gestionnaires internes dans leur champ de responsabilité.

1.2.2 Les tableaux de bord décisionnels, outil de management

Pour permettre l'étude des coûts financiers afférents aux RH, l'évaluation du climat social, mais également l'ensemble des missions sus visées, il est donc nécessaire de créer des outils quantitatifs fidèles, constants et précis. Les tableaux de bords RH permettent d'aider à la compréhension, à l'évaluation puis à la décision par l'analyse faite des résultats ainsi

obtenus. Pour Fontaine-Gavino et Zambeaux²¹, un tableau de bord fournit « des informations essentielles, significatives et rapides en fonction des points clés de décision des responsables. Leurs données permettent de prendre des décisions, d'alerter d'un dysfonctionnement, de corriger de nouvelles actions ». Que ce soit les indicateurs ou les tableaux de bords, tous doivent répondre à un ou des besoins donc à des objectifs précis, et définis. En effet, la définition des indicateurs servant d'analyse doit permettre d'éviter des incohérences et instituer un langage commun entre les acteurs de la structure tout en permettant aussi une concertation. Cette étape est fondamentale pour permettre au contrôle de gestion sociale d'être un outil de management et de dialogue par « une meilleure compréhension mutuelle des métiers et objectifs »²².

Par ailleurs, les indicateurs et tableaux de bord doivent ne véhiculer que des informations nécessaires à la compréhension. Une hiérarchisation de ces informations ainsi qu'un équilibre entre leur disponibilité et leur exhaustivité assurent une cohérence et une personnalisation face aux attentes des utilisateurs. Il est donc nécessaire qu'ils soient équilibrés, en évitant d'être pléthore. E.Ollivier²³ reprend une expression de Caroline Sauvajol-Rialland parlant ainsi de surcharge informationnelle ou « infobésité » et préconise « un contrôle de gestion d'analyse sur des indicateurs de marges de manœuvre et non d'inertie » et rappelle que « l'enjeu et l'attente des décideurs ne sont pas de recevoir des données rapidement mais de l'information, une attente d'analyse, de sens, de perspective sur les données futures ». Le contrôleur de gestion sociale doit ainsi à partir des éléments qu'il a produit, selon une périodicité et une fréquence définies, apporter une analyse et des axes de compréhension puis soumettre ses conclusions comme aide à la décision et de positionnement. « à partir d'une approche quantitative des indicateurs sociaux, il permet de vérifier la bonne adéquation de la fonction RH par rapport aux objectifs qu'elle s'est fixée » et apporter une analyse sociale ou micro économique sur les tendances, les marges de manœuvre et les communiquer au moment où le responsable peut encore agir. Ainsi dans cette profusion de données, il permettra de pallier au dataSmog ou « brouillard informationnel » décrit par D.Shenk²⁴ et devra veiller à adapter les informations transmises

²¹ FONTAINE-GAVINO K., ZAMBEAUX A., « Bilan social et tableaux de bord : des outils de pilotage au service des ressources humaines », collection les diagnostics de l'emploi territorial, HS 9

²² AUBIN.C., « Décisionnel à l'hôpital : privilégier une démarche de co construction. » Stratégie Gestions Hospitalières, n°509-octobre 2011

²³ OLLIVIER E., « infobésité et contrôle de gestion : comprendre le phénomène pour bâtir un système d'information Décisionnel centrés sur l'analyse des marges de manœuvre », N°111. Mars 2017

²⁴ SHENK D. « Data Smog : Surviving the information Glut », Harper Collins, 2009

au public destinataire et de ne pas axer sa mission sur une succession de constats mensuels.

Ces outils privilégiés pour le pilotage social ne peuvent se développer, pour autant, sans le développement d'une comptabilité analytique RH permettant l'affectation précise des personnels, de leur poste de recrutement ainsi que d'un système d'information décisionnel (SID) hospitalier performant permettant une réactivité. Pour C. Aubin²⁵, trois principes peuvent aider le SID à produire ces données complexes : « le premier doit être de le considérer comme un système à part unique et transversal, le second d'être insensible aux évolutions du SIH et de l'hôpital grâce à la mise en place d'un entrepôt de données (datawarehouse) et un logiciel chargé d'extraire de chaque source les données, le troisième concerne le statut des données hébergées conservée comme la mémoire de l'établissement et la matière première des informations et applications d'analyses requises qui seront unifiées dans le datawarehouse » . Le modèle de DeLone et McLean²⁶ montre l'importance de plusieurs variables et dimensions faisant du SID un outil performant et élément pivot dans le cadre du pilotage : la qualité de l'information, comme celle du système d'information, et du service technique ont une influence sur l'utilisation faite et la satisfaction des utilisateurs. Le contrôleur de gestion sociale va ainsi exploiter ce système d'information en concevant et en mettant en place des tableaux de bord issues de requêtes élaborées permettant ainsi de synthétiser, croiser et regrouper des milliers de données. Ainsi celui-ci va permettre d'éviter « l'effet tunnel » c'est-à-dire de raccourcir le temps entre le besoin exprimé et les premières versions de tableaux de bords. L'enjeu est donc que celles-ci soient fiables, justes et complètes pour permettre une exploitation sans biais d'analyse et permettre un accès rapide à l'information. Le contrôleur de gestion sociale devra veiller à repérer la qualité de ces informations initiales et de communiquer pour correction toute anomalie aux autres services. Cette interdépendance entre qualité des données et qualité de l'analyse est fortement prégnante et à la source d'un contrôle de gestion efficace et pertinent. Il nécessite donc une étroite collaboration entre la direction des affaires financières, la direction des soins et la DRH qui doivent œuvrer dans un intérêt commun à cette fiabilisation. Par ailleurs, « Si la mise en place d'un SID est essentiel à la réalisation d'un contrôle de gestion performant, il ne faut pas confondre informatique décisionnel et contrôle de gestion informatif et prospectif. Ces deux éléments sont complémentaires mais l'analyse doit primer sur la simple production des données »²⁷. En effet, le contrôle de

²⁵ AUBIN.C., « Décisionnel à l'hôpital : privilégier une démarche de co construction. » Stratégie Gestions Hospitalières, n°509-octobre 2011

²⁶ DeLone, W. et McLean, E. (2003), "The DeLone and McLean model of information systems success: A ten-year update", *Journal of Management Information Systems*, 19, 4, 9–30

²⁷ OLLIVIER E., « infobésité et contrôle de gestion : comprendre le phénomène pour bâtir un système d'information Décisionnel centrés sur l'analyse des marges de manœuvre », N°111. Mars 2017

gestion sociale doit avant tout veiller à relayer auprès des décisionnaires et à éclairer les prises de décision.

1.2.3 Les défis du contrôle de gestion sociale

Pour permettre au contrôle de gestion sociale de remplir de manière efficiente l'ensemble de ses missions, il doit s'inscrire dans un projet global au sein de l'établissement de santé. Plusieurs étapes importantes sont nécessaires. La première et non des moindres est l'implication de la direction générale. Son intérêt pour ce domaine est une étape primordiale pour impulser une dynamique, réfléchir sur des indicateurs stratégiques à suivre puis mettre en œuvre une démarche d'analyse. On voit, depuis peu, émerger dans quelques grands établissements de santé des directions de la performance ou directions de la stratégie intégrant le contrôle de gestion sociale, preuve d'une évolution de sa place au cœur des enjeux. Que ce soit dans ces établissements ou des établissements de petites ou moyennes tailles, l'important est permettre de réunir des conditions nécessaires au développement du processus de pilotage autour de cette discipline en positionnant ses propres acteurs, ses objectifs personnalisés autour du périmètre des RH. En raisonnant en mode projet, l'élaboration d'un plan d'actions partagées et consensuelles et la construction d'un référentiel commun permettent d'impliquer les acteurs et mettre en place un socle constitué de bases solides sans lesquelles aucune appropriation ne peut être espérée. Par ailleurs, une communication régulière sur la mise en œuvre, le suivi et les résultats des réflexions autour des évolutions possibles permettent de mettre en adéquation les besoins et l'offre, uniformiser les pratiques et ainsi pérenniser la démarche d'accompagnement dans les décisions stratégiques.

2 Le contrôle de gestion sociale au sein d'un service de ressources humaines : l'exemple du Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS)

Le contrôle de gestion sociale se développe de manière hétérogène au sein des établissements de santé. Les raisons en sont diversifiées : difficultés culturelles, de moyens techniques ou humains. Nonobstant, une diversité de pratiques ou de déploiement peut également être notée. L'exemple du CHICAS permettra, au travers d'un diagnostic, de mettre en avant les pratiques internes d'un service et l'état d'avancement du processus de maturité

2.1 Le CHICAS, un établissement de référence ancré sur son territoire

Le CHICAS a su, ces dernières années, se moderniser et rayonner sur l'ensemble du territoire. Comme ses activités de soins de court, moyen et long séjours, ses services administratifs ont évolué. Le service des ressources humaines affiche dans son organigramme du contrôle de gestion sociale, symbole de son intérêt pour assurer un suivi rigoureux des indicateurs RH. Mon stage m'a permis de faire un état de lieux et un diagnostic des pratiques sur le terrain.

2.1.1 Le CHICAS, un positionnement pivot

Le CHICAS, établissement public de santé, est né de la fusion au 1er janvier 2006 du centre hospitalier de Gap construit sur l'emplacement des Hospices de GAP créés en 1677 et de celui de Sisteron construit sur le site de l'Hospice de la Charité ouvert en 1720.

Sur un territoire de 140 000 habitants permanents et connu pour son dynamisme touristique en été comme en hiver, cet établissement de référence regroupe sur ses deux sites, plusieurs spécialités réparties, de manière transversale, sur six pôles d'activité médicale définis sur la base de leur projet médical : Pôle chirurgie, Pôle femme- enfant, Pôle gérontologie-pharmacie, Pôle médecine, Pôle prestataire, Pôle soins critiques.

En termes de capacité d'accueil, il compte au total 571 lits et places auxquelles se rajoute également de l'hospitalisation à domicile (HAD). (Annexe 3)

Sur le site hospitalier de GAP, situé en centre-ville, le CHICAS n'a eu de cesse de poursuivre son extension à l'image d'un programme de modernisation de reconstruction-extension qui a amené à l'ouverture de quatre nouveaux bâtiments en 2013 le dotant d'équipements modernes, innovants et fonctionnels. L'acquisition début 2017 d'un robot chirurgical, outil de haute technicité, l'inscrit dans une démarche d'innovation technologique dans le domaine de la chirurgie robotique dans les spécialités urologiques, gynécologiques

et viscérales et qui devraient se déployer pour d'autres types de chirurgie (foie, pancréas, estomac ...). Un plateau technique reconfiguré, deux imageries par résonance magnétique, complètent ces équipements de pointes. Ce dynamisme dans la prise en charge des patients et des activités de soins se retrouve dans de nombreux projets médicaux, la mise en place de partenariats (cancérologie avec l'institut Paoli Calmette...).

L'établissement assure par ailleurs la formation de 175 étudiants/an au sein de ses instituts de formation en soins infirmiers et d'aides-soignants. Il dispose également d'un centre d'enseignement aux soins d'urgence pour assurer des formations de première intervention ou de situations de crise.

Le site hospitalier de SISTERON, plus modeste, regroupe tout de même un service d'urgences/SMUR, un plateau technique incluant un scanner et un service de biologie médicale. A côté de son service de médecine, de soins de suite et de réadaptation, ou de l'unité d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, son hôpital de jour réalise des activités autour de la réadaptation cardio-vasculaire et propose les programmes d'éducation thérapeutique.

De nouvelles activités hospitalières en lien avec la médecine de ville ainsi que des futures coopérations sont en projet pour 2019 et renforceront davantage son rayonnement et sa place d'établissement support du groupement hospitalier de territoire qui fut créé le 16 juin 2016 avec 4 autres centres hospitaliers (Briançon, Embrun, Aiguilles, Laragne) dont 3 sont en direction commune avec le CHICAS. Le projet médical partagé articule ainsi des actions selon des logiques médicales, soignantes, managériales et de ressources humaines pour les 243 ETP médicaux et 2823 ETP non médicaux du territoire.

2.1.2 Le contexte budgétaire du CHICAS

Son plan de développement et de modernisation contraste avec une situation financière morose. La mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre Financier (CREF) signé avec l'Agence Régionale de Santé en 2016 oblige le CHICAS à un plan d'action contractualisé visant essentiellement, au-delà du développement de l'activité, à l'optimisation de la gestion de lits, l'efficacité de sa politique d'achats, l'optimisation de ses organisations logistiques, administratives ainsi que des mesures en lien avec l'organisation du temps de travail. Les principales mesures d'évolution, concernant le personnel médical/non médical, visent au rajeunissement de la pyramide des âges, des départs volontaires, des réorganisations des équipes soignantes, l'optimisation des secrétariats médicaux, une gestion des comptes épargne temps ou l'optimisation des fonctions médico techniques et administratives. Les charges de personnels représentant à ce jour 62.9 % des charges, l'établissement prévoit de s'inscrire en 2018 dans un schéma de maîtrise de sa masse salariale (+0.45 %) où les

projets d'économies sont légèrement gommés malgré l'ensemble des mesures réglementaires. Les ratios économiques étant défavorables avec un taux de marge brute prévisionnel en deçà de 1 %, et un besoin de trésorerie de plus en plus important, le CREF devra être complété par des actions complémentaires afin de lui permettre de retrouver sa trajectoire de retour à l'équilibre financier et assurer la pérennité et le développement de ses activités. C'est pourquoi, le CHICAS fait partie du programme COPERMO et à présenter récemment ses principales mesures essentiellement tournées vers la maîtrise de ses dépenses d'investissement et des contraintes supplémentaires en direction du personnel.

La chambre régionale de cour des comptes a, dans le cadre d'une inspection, noté plusieurs points d'amélioration dans les différents services. A ce jour, le compte rendu écrit n'a pas été transmis, à ma connaissance, à l'établissement.

C'est dans ce contexte que l'apport des indicateurs de suivi doit permettre de suivre l'efficacité des mesures prises et permettre une meilleure projection des choix et stratégies de l'établissement

2.1.3 L'organisation du service des RH

Au vu des évolutions de l'offre de soins engendrant d'importants mouvements de personnels et de compétences, le service RH doit assurer une parfaite synchronisation des données et de suivi des carrières des agents. A ce jour, le personnel médical représente 127.7 ETP et le personnel non médical 1285 ETP. En 2017, les mouvements du personnel non médical représentaient, environ 294 entrées, 300 départs, 297 changements de quotité de temps de travail, 638 changements d'affectation, 48 avancements. Les départs en formation sont nombreux : 2435 attestations de départs en formation pour un budget de 730.000 euros. 51 agents ont été identifiés comme percevant des Allocations de Retour à l'Emploi constituant une provision cumulée de 544 248 euros.

Durant mon stage, j'ai donc pu intégrer ce service me permettant de détailler son organisation.

L'équipe, constituée de 15 personnes (dont une secrétaire), est sous la direction du directeur adjoint en charge des ressources humaines et des relations sociales. Celui-ci est arrivé dans ce service en mars 2018. Après 10 ans dans des postes de directeur délégué de pôles, et de directeur des ressources humaines au sein de l'AP HM (12.000 ETP), il a acquis une solide expérience notamment dans la gestion de personnel et les démarches projet. Dans sa mission, il est assisté par deux Attachées d'Administration Hospitalière l'une pour la gestion du personnel non médical, l'autre pour le personnel médical. Cette dernière et son assistante ont en charge l'ensemble de la prise en charge des médecins : de leur

recrutement, à leur paye, au suivi de l'absentéisme ou aux tableaux de service ... L'AAH du personnel non médical gère, quant à elle, 3 domaines de responsabilités :

- le premier « gestion des compétences » est composé de 3.6 ETP dont 1 agent sur le site de Sisteron (un regroupement du service au sein des locaux de GAP est prévu pour octobre). Il veille au développement des compétences, à la formation et au suivi des effectifs.
- Le deuxième domaine « carrière/Social » de 2,8 ETP est animé par un adjoint des cadres (carrières, CAPL, CAPD, commission dans l'emploi..), et de deux agents l'une en charge de la gestion de l'absentéisme (dont gestion de la commission de réforme, comité médical..), l'autre des affaires sociales (retraites, CGOS..).
- Le dernier domaine « contrôle de gestion/pilotage de la paye » de 2,8 ETP bénéficie également de deux gestionnaires de paye et de l'expertise d'un adjoint des cadres dont les missions sont orientées vers le suivi budgétaire, l'encadrement de la paye et le contrôle de gestion sociale.

Cette dernière mission a été au centre de mon observation et a permis de dresser un bilan sur le suivi, la fréquence, le management autour des données RH.

2.2 Le pilotage des outils décisionnels RH, une mission à repenser au sein du CHICAS

Force est de constater que bien que le contrôle de gestion sociale soit identifié au sein de l'organigramme, il n'est pas investi sur le terrain ni sur l'ensemble de ses dimensions de pilotage et reporting.

2.2.1 Une organisation fragmentée sans coordination

A la suite des différents entretiens et observations sur le terrain, j'ai pu constater que cette mission spécifique des RH n'était pas organisée de manière coordonnée ni régulière. Cette situation émane de raisons multifactorielles.

En premier lieu, j'ai pu relever que la fonction de responsable du contrôle de gestion sociale était méconnue au sein du service comme par la personne identifiée sur l'organigramme. Plusieurs éléments cumulatifs ont contribué à cette situation au cours de ces dernières années: absence de priorisation institutionnelle, manque de temps dédié à cette mission corrélée à de nouvelles missions à orientation budgétaire venant se cumuler, difficultés à consacrer du temps à des formations sur les outils décisionnels, confusion des rôles des acteurs administratifs,..... . Ainsi, les données fournies par le service ne font l'objet d'aucune centralisation ou contrôle par la responsable du contrôle de gestion sociale ou l'AAH : En effet, le service RH sectorisé par pôle de responsabilité avec une diversité de

« producteurs de données » (5 agents au total), livrent en toute autonomie et avec une fréquence différenciée des éléments chiffrés eu égard aux sollicitations des acteurs externes. Il n'y a, dès lors, peu de vérification hormis celle de l'agent lui-même. Ceux-ci en général sont livrés sans commentaires et ne font l'objet que de très peu d'analyse qualitative. Les requêtes peuvent être envoyées directement et sans retraitement aux services utilisateurs comme la DAF ou la direction des soins. Cet éclatement amène un manque de cohérence au sein de l'équipe, des interrogations individuelles sur la finalité de leur travail.

Dans un deuxième temps, les relations et les échanges autour des données au sein même du service ainsi que de réflexion sur la pertinence des tableaux transmis sont à améliorer. Leur transmission est orientée vers des acteurs externes et/ou internes différents. La sectorisation des agents fragilise ainsi la coordination et la circulation des données et empêche toute appropriation de la dimension stratégique ainsi qu'un regard global, constructif et analytique. Par ailleurs, cette situation est principalement en lien avec l'insuffisance d'échanges sanctuarisés au sein du service permettant de créer une cohésion et un pilotage. Il y a, dès lors, peu de dynamique de service autour de la construction ou le suivi des tableaux de bord, ni d'engagement collectif ou de coordination.

Cette situation transparait auprès des autres acteurs administratifs et soignants engendrant une confusion générale des rôles de chacun, des débordements du domaine de compétences. En effet, à plusieurs reprises, j'ai pu constater que cet élément était évoqué dans les entretiens : il est récurrent que des indicateurs RH soient suivis par le service des finances notamment pour le suivi des objectifs de pôle et qu'il donne des éléments d'évolution au directeur général avant même le DRH. A chaque fois, les données transmises par les deux services présentent des écarts certes, parfois minimes eu égard à la masse globale, mais qu'il faut justifier lorsque les établissements sont suivis en CREF et COPERMO. Dans les faits, chaque service constitue ses propres requêtes pouvant être extrait par des outils décisionnels différents. Ces écarts interrogent sur la pertinence des méthodes d'extraction et de fiabilisation mais également apportent une perte de confiance sur les outils. Dès lors, toute confusion ou suspicion d'erreur dans les données apportent un risque d'appréciation sur toutes les décisions prises. L'absence de transmission de savoir-faire entre les utilisateurs d'outils informatiques décisionnels de l'établissement empêche une harmonisation des pratiques. Des contraintes temporaires et organisationnelles pour l'essentiel ne permettent pas cette complémentarité.

Marqué par une organisation peu structurée dans un contexte tendu, le suivi des données RH n'est pas exploité ni transmis dans une perspective d'anticipation ou de pilotage et se révèle être chronophage dans sa conception et son alimentation.

2.2.2 Un processus à repenser et à fiabiliser

Le service oriente ses observations, son contrôle quasi uniquement sur l'évolution d'indicateurs budgétaires et de suivi du CREF et COPERMO incluant l'évolution des effectifs et de l'absentéisme. Ces tableaux de bords ne retracent essentiellement que d'évolutions ex ante donc ne reflètent principalement que de situations passées avec quelques projections sur la masse salariale. Le processus de mise à jour de ces tableaux est lourd puisque incluant différents acteurs devant synchroniser leur démarche et de manière interdépendante avec parfois des saisies manuelles. Dès lors, en raison du délai d'attente trop important entre les extractions et le retraitement de la requête, on peut noter que l'organisation peine à fournir des éléments chiffrés en continue. Cette situation peut être dégradée en l'absence de l'agent en charge des requêtes : les demandes sont mises en attente ou une estimation peut être extraite sans certitude quant à sa pertinence. Dès lors, on se rend compte de la difficulté d'accéder rapidement à des indicateurs actualisés démontrant le manque de réactivité du processus qui occasionne du retard et un sentiment de débordement et d'impuissance.

Comme nous venons de le préciser, le DRH ne peut disposer rapidement aux sources d'informations et prend des décisions sur l'évolution des effectifs à partir de tableaux de bord papier transmis mensuellement par la responsable de ce domaine ne reflétant ainsi qu'une situation à un moment déterminé. Par ailleurs des questionnements légitimes sur les modes de calcul peuvent être émis notamment sur les temps rémunérés. Le DRH, et encore moins la direction générale n'ont pas à leur disposition un outil informatisée permettant de disposer de données automatiques et ainsi piloter en temps quasi réel. Ces éléments transmis ne servent également qu'à un usage interne restreint car la responsable du budget n'utilise pas les données fournies par la responsable des effectifs. Un double travail s'opère donc générant une perte de temps et d'efficacité.

Par ailleurs, ces données ne sont pas corrélées avec d'autres indicateurs qui permettraient une compréhension plus globale de la situation (niveau d'absentéisme, répartition des effectifs, écart d'ancienneté (effet noria), écart de structure de personnels ou d'effectifs....). A titre d'exemple, l'étude du coût du personnel c'est à dire de l'analyse de l'évolution des cotisations obligatoires, des impôts, taxes, de l'intérim,...ou des éléments variables ou fixes ne permet pas une compréhension simple et efficace, ou une comparaison par rapport aux années précédentes. Réparti par comptes, il est difficile d'avoir une vision rapide des évolutions et des points de vigilances. Des documents trop détaillés ne permettent pas de créer une transversalité et une visibilité suffisante simple et efficace. Les TDB ne répondent donc pas aux besoins actuels et sont à repenser en concertation avec les services administratifs et soignants. En effet à ce jour, la nécessité d'une réflexion plus approfondie

sur les SIG, d'un document synthétique global émanant des services RH est prégnante voire indispensable.

Le mode de diffusion de l'information est également à repenser à la fois de manière verticale comme horizontale. Même si on peut noter quelques améliorations au cours des derniers mois, on peut mettre en avant une asymétrie d'information auprès des acteurs de terrain : information donnée tardivement aux agents en charge d'un domaine spécialisé, information circulant dans l'établissement avant même la prise de connaissance par les agents du service RH, information partielle, information divulguée dans des échanges informelles et aléatoires,... . Ce manque de coordination dans la transmission de données contextuelles liées à de nouvelles organisations, ou nouveaux mouvements a des conséquences indirectes par cascade : un manque de lisibilité et donc d'anticipation peuvent engendrer des dépenses supplémentaires non inscrites dans le budget obligeant à solliciter une décision modificative (DM). La transmission d'information est donc primordiale et doit être une priorité et ne pouvant être restreint à un seul membre d'une équipe ou transmis par un messenger. Toute mauvaise interprétation, ou information partielle ou imprécise qui n'est pas validée par le responsable hiérarchique amène un problème de cohérence et de réactivité. Toute tentative d'anticipation ou de projection sera inévitablement erronée. Cette asymétrie d'information nuit donc à la transparence entre services, à la cohésion des groupes, et crée un sentiment d'incompréhension, une distorsion. L'établissement doit ainsi s'obliger à plus de transparence et de réactivité large et diffuse de l'information

2.2.3 Une difficulté de projection ou la résistance au changement

Tout en reconnaissant des méthodes de travail peu optimales, des difficultés et retards dans la production de leurs tableaux de bords, les agents du service ont des difficultés à se projeter sur une organisation et un fonctionnement différents. Les explications sont diverses : dans un contexte de temps très contraint, où des retards sont déjà enregistrés, il peut être difficile de concevoir de participer à une réflexion sur un nouveau projet dont les finalités, les aboutissements sont peu compris et qui demandent un investissement important ainsi que la mobilisation de nouvelles compétences. Sortir du quotidien est donc insécurisant et génère une résistance au changement. Les principales causes de la résistance au changement sont à la fois individuelles, liées aux craintes l'individu lui-même, sa personnalité, son intérêt ou de sa compréhension des enjeux. Elles sont aussi structurelles pas manque de communication, concertation ou de moyens. Pour M.CROZIER et E. FRIEDBERG²⁸ « Si donc il est si difficile de changer, c'est-à-dire

²⁸ M. Crozier , E. Friedberg, « l'acteur et le système »,Edition seuil,1977 p 343.

d'élaborer ou d'inventer un jeu nouveau, c'est que les acteurs sont prisonniers des systèmes d'action...anciens en dehors desquels ils ne savent ni ne peuvent maintenir une capacité d'action suffisante ». Ce refus transparait dans les difficultés à modifier ses pratiques, dans le refus de consacrer du temps pour se former ou d'utiliser des outils décisionnels plus intuitifs. En effet, le CHICAS a investi dans un outil décisionnel appelé QL qui permet de requêter de manière plus intuitive en automatisant les mises à jour. Aucun agent du service RH n'a participé à la présentation du produit lors de sa mise en place encore moins pour les formations du démarrage. A ce jour, cet outil est sous utilisé et à deux versions de retard alors qu'il peut présenter un fort intérêt pour le service et le suivi du contrôle de gestion sociale. Or, comme le souligne Philippe Bernoux²⁹, « Pas plus qu'on ne change la société par décret, on ne la change sans les acteurs qui la composent. Les acteurs, à l'intérieur d'une organisation, ne sont jamais passifs, (..) sans leur implication et s'ils ne s'approprient pas les outils proposés, les changements ne peuvent tout simplement pas avoir lieu ».

²⁹ BERNOUX P., « Sociologie du changement : Dans les entreprises et les Organisations » Edition Seuil, 2004

3 Préconisations pour un déploiement coordonné et structuré

Pour permettre de voir émerger au sein du service un contrôle de gestion sociale outil d'analyse et de projection indispensable au pilotage, plusieurs leviers favorisant son déploiement doivent être pris en compte notamment l'appui institutionnel, la formation ou une nouvelle organisation et des étapes progressives doivent être franchies.

3.1 Une démarche de co-construction pour améliorer la performance des ressources humaines

Donner un nouveau souffle et un nouveau dynamisme au contrôle de gestion sociale au sein de l'établissement résulte de la rencontre indispensable d'une combinaison de facteurs interdépendants et concomitants.

3.1.1 L'appui institutionnel comme vecteur de changement

La mise en place d'un contrôle de gestion sociale nécessite une volonté institutionnelle, véritable ossature du dispositif. En effet, l'implication de la direction générale et des directions fonctionnelles permettent de partager une vision en fédérant autour d'objectifs co-construits, de garantir ainsi un soutien partagé, une légitimité auprès des acteurs mais également permettre l'octroi de moyens alloués pour mettre en œuvre des actions. Le directeur général du CHICAS a récemment validé cet appui auprès de ses directeurs et missionner le DRH pour assurer le développement du contrôle de gestion sociale. Dès lors, il semble important que soit constitué un comité de pilotage peu élargi incluant un ou deux chefs de pôle, un ou deux cadre supérieur, le directeur des soins, le cadre administratif de pôle, le directeur des affaires financières et du système d'information, un médecin ainsi que le DRH. Ce groupe de 6 à 8 personnes devra favoriser la démarche au sein des différents services soignants ou administratifs et rendre compte de leur avancée auprès du directoire. Une obligation de résultat est attendue. Pour permettre une dynamique, la fréquence de leur rencontre doit être sanctuarisée de manière régulière. Cette équipe aura pour mission de réfléchir, choisir, prioriser et valider les orientations de mise en œuvre du contrôle de gestion sociale au sein de l'établissement en prenant en compte le contexte global c'est-à-dire le projet d'établissement, les projets de service, les contraintes budgétaires et les freins précités... . Les objectifs stratégiques pourraient s'orienter à la fois vers 4 domaines : le contrôle, la procédure, le reporting, le pilotage des prévisions comme :

- Maintenir l'équilibre financier
- Assurer l'adéquation entre les ressources humaines et les activités
- Réaliser le projet social
- Développer les outils et de système d'information RH...

Deux orientations principales seront à étudier notamment la validation des types de tableaux de bord mis à disposition :

A destination des chefs de pôle, responsable de service, cadre administratif de pôle et de l'équipe de direction : des tableaux de bords permanents sur certains indicateurs qui seront transmis via un outil Excel pré alimenté par les données RH. Une navigation sur plusieurs axes et des onglets thématiques permettront de disposer de différentes informations

A destination de l'équipe de direction : des tableaux de bords plus élargis, détaillés

A destination des tutelles : Des tableaux de bords contraints par les organismes.

Ces tableaux de bord seront donc différents selon les destinataires. Ceux construits et disponible en temps réel au sein des logiciels décisionnels seront accessibles selon leur niveau hiérarchique avec un niveau d'accès limité.

Le lancement du processus de pilotage, piloté par le DRH, devra faire l'objet d'une communication auprès de l'ensemble des cadres et responsables de services pour les sensibiliser sur la démarche et auprès de l'équipe de ressources humaines pour une meilleure compréhension des attentes et des impacts sur leur projet de service.

3.1.2 Une organisation à repenser

La mise en place effective du contrôle de gestion sociale ne peut être improvisée et nécessite d'être anticipée car elle oblige une coordination des équipes, et donc une mobilisation des ressources techniques et humaines. Il est donc important, sous la direction du COPIL, de dégager des temps d'échange pour permettre un dialogue entre les acteurs, futurs utilisateurs et concepteurs. Mais la diffusion et la mise en place de nouveaux outils au sein du service des ressources humaines amènent à envisager une nouvelle organisation de travail et pérenniser les modes de communication.

Pour cela, dans un tout premier temps, il faut déterminer un référent du contrôle de gestion sociale. Acteur central dans le dispositif, il sera l'interlocuteur privilégié entre la hiérarchie et l'encadrement. Il devra animer, sous la responsabilité du DRH, la bonne coordination des actions à mettre en œuvre et veiller à l'adéquation entre les objectifs définis par le COPIL et la production des tableaux de bords. Au regard des exigences de ce type de poste, le contrôleur de gestion sociale devra également disposer de compétences spécifiques. En effet, ce métier aux frontières entre le pilotage financier, la gestion des ressources humaines nécessite également une maîtrise approfondie et avancée en informatique et dans l'utilisation d'Excel. Expert dans ces domaines, il devra être un appui technique incontournable et s'assurer de la cohérence et la pertinence des données issues des tableaux de bord. En veillant à impulser une démarche de sensibilisation auprès des équipes, de formation, il devra être doté d'un bon relationnel et faire preuve de pédagogie

A ce jour, au sein du service RH et dans une organisation constante, aucun agent ne peut assurer cette mission. Il est donc impératif d'une part de vérifier si un agent a le profil pour ce type de poste au sein de l'ensemble de l'établissement. Puis dans l'affirmative, proposer des scénarii pour permettre le remplacement de cet agent ou réorganiser le ou les services. Dans la négative, et au vu des échéances, la recherche d'un référent peut se faire, dans un premier temps, par l'utilisation de ressources extérieures en dehors de l'établissement : au sein du territoire en priorité ou auprès d'établissement hospitaliers ayant un service spécialisé en contrôle de gestion sociale. Cette dernière solution serait à mon sens à privilégier pour préparer le démarrage du projet : neutralité, expérience, opérationnalité et connaissance des biais à éviter ou des « dérives » des outils décisionnels seront leurs atouts. L'utilisation de ces ressources permettrait ainsi une rapidité et une fiabilité du projet. Les services de l'AP-HM pourraient être pressentis puisqu'ils disposent des mêmes outils informatiques, une expérience forte depuis plusieurs années et ont déjà travaillé avec le DRH du service. Une négociation est en cours pour formaliser cette préconisation au travers d'un conventionnement ou de mise à disposition permettant ainsi un démarrage rapide, avec un budget maîtrisé. En parallèle, une recherche d'emploi pourrait être constituée à terme pour maintenir, déployer les outils décisionnels ainsi que de procéder au contrôle de fiabilité. A mon sens, si on projette à plus long terme le recrutement d'un contrôleur de gestion sociale, son poste pourra être mutualisé et mis à disposition au niveau des établissements qui sont en direction commune, les frais pourraient être ainsi partagés et le directeur pourrait disposer de base commune de comparaison avec l'ensemble des structures. Par ailleurs, il semble difficile de ne pas s'assurer de la disponibilité d'un contrôleur de gestion sociale ou d'un contrôleur de gestion avec une dimension sociale s'il y a un réel souhait de pérennisation de la démarche. Le bénéfice-risque-coût sera à l'avantage de l'établissement même après cet investissement en capital humain dans la mesure où le contrôleur de gestion sociale assurera une vraie plus-value en terme décisionnel.

Quel que soit le choix du COPIL et du directeur, l'organisation du service des RH sera à repenser en raison du temps libéré par cet automatisation de tableaux de bords et ainsi des domaines insuffisamment exploités pourraient être priorisés au bénéfice d'autres projets, de la qualité de vie au travail, de la GPMC,...

Ces décisions prises, il sera nécessaire de privilégier après concertation l'élaboration et la réalisation d'une chartre de procédures qui permettra de formaliser les rôles de chacun et permettre d'homogénéiser les pratiques et créer un cadre commun de travail. L'ensemble des procédures formalisées permettra ainsi d'assurer la continuité du contrôle de gestion sociale notamment en cas d'absence d'un agent clé et d'assurer une connaissance sur les pratiques, le fonctionnement et le suivi. Cette formalisation permettra de s'appropriier le

processus et contribuer à sa mise en œuvre. Elle sera complétée par un guide d'indicateurs permettant de clarifier les définitions, les modes de calcul et la fréquence des données qui seront à suivre.

3.1.3 Le rôle de la formation

Afin de garantir une compréhension des évolutions et du fonctionnement du système d'information décisionnel, des formations pourraient être assurées auprès des services des ressources humaines. Comme le CHICAS dispose de plusieurs outils décisionnels comme RHLOOK, QL qui ne sont pas utilisés jusqu'alors par le service RH ou BO, elles pourraient porter à la fois sur des bases théoriques des logiciels d'exploitation de données avec un organisme spécialisé mais également sur un travail de fond et de terrain avec les agents expérimentés précités qui disposent de la plupart de ces outils. Ainsi, sur la base de principe de tutorat et de compagnonnage, les agents du CHICAS pourraient bénéficier d'appui pour mettre en place dans des délais courts les outils techniques permettant de constituer les tableaux de bord souhaités par le COPIL et les directions fonctionnelles. Dans un second temps, des formations en interne pourront être organisées pour permettre aux cadres d'utiliser les tableaux de bords mis à leur disposition, si cette option est validée par le COPIL.

Ces formations envisagées pourraient être complétées par des séances de gestion de projet et de coaching proposées aux cadres supérieures et aux responsables de services pour permettre de créer du lien interservices et comprendre l'importance du travail inter-filières et de groupe. Leurs buts étant de développer l'esprit de cohésion et ainsi favoriser les échanges. Comprendre le travail de l'autre permet de mieux interpréter les demandes pérenniser les relations et la confiance et sera gage à terme d'amélioration de la qualité. Il est donc important d'entretenir une étroite collaboration, permanente et continue entre l'ensemble des directions en particulier la direction des soins infirmiers, la direction des affaires financières et la direction des ressources humaines. Ainsi dans le cadre de la fiabilisation des données, de la transmission d'informations nécessaires aux anticipations budgétaires mais également de maîtrise des risques, cette collaboration sera nécessaire pour que les données recueillies et codifiées soient le reflet de la réalité de terrain.

3.2 Les actions à mettre en place au sein de la structure

La mise en place d'une démarche de développement passe par une planification qu'il faut anticiper pour assurer une coordination.

3.2.1 Un plan d'action à programmer

Pour ancrer le contrôle de gestion sociale comme outil de pilotage au sein de sa structure, le CHICAS doit procéder à plusieurs étapes. Ainsi après le diagnostic des freins à son

développement, des actions à court terme et moyen terme seront mises en place par le COPIL permettant ainsi de s'interroger sur l'organisation générale et explorer plusieurs pistes de réflexion. Un plan d'actions et un calendrier prévisionnel devront être rapidement rédigés. Les objectifs proposés devront répondre aux critères SMART c'est-à-dire être spécifiques (précis), mesurables, ambitieux (pour être motivant), réalistes (atteignable), temporellement définis.

Par ce plan d'action, l'établissement pourra évaluer son niveau de progression et l'atteinte de ses objectifs. Au vu de différents entretiens, avec un recours avec des experts du contrôle de gestion sociale hospitalier de l'AP-HM, le délai de mise en œuvre effective pourrait être de 5 à 6 mois après le lancement du COPIL.

Le plan d'action devra déterminer :

- l'organisation de la mise en œuvre : responsabilités et missions de chacun des intervenants, fréquence des rencontres, ou des indicateurs choisis....
- Les objectifs , actions stratégiques et indicateurs de pilotage choisis
- Quelles sont les ressources nécessaires à ce projet :
 - o Les compétences techniques, métier: identification de ce type de besoins missions du service informatique et des experts utilisant les logiciels décisionnels.
 - o infrastructures/support matériel : aucun financement important en termes de logiciel ne sera nécessaire. Seul pourra être prévu des moyens supplémentaires de stockage de mémoire informatique (serveur) .
 - o Disponibilité des ressources humaines : Ce projet demande de l'investissement en terme humain et, selon les options choisies également des coopérations avec des agents hospitaliers d'autres structures. Une planification sera nécessaire pour mettre en cohérence les disponibilités de chacun et les modalités de travail.
 - o Ressources financières : Quelles que soient les solutions choisies (recours à prestations de service, recrutement..), elles devront être budgétées et anticipées pour pérenniser le processus. Il est difficile à ce jour de faire une estimation financière précise (un poste TP de contrôleur de gestion avec expérience : entre 60-80 KE chargé+ prestations de service 1000 euros / jour/agent). Par ailleurs, cet investissement s'inscrit dans les mesures de modernisation des établissements et pourrait être financé dans le cadre d'un fonds d'intervention régional (FIR) au titre de l'instruction N° DGOS/RH3/MEIMMS/2013/410 du 17 décembre 2013 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé (annexe 3).

- Périmètre du projet : déploiement local au sein du CHICAS puis ce projet pourrait être déployé très rapidement sur l'ensemble des établissements en direction commune et plus largement, sur la base du volontariat, au GHT.

3.2.2 Proposition de planification

Plusieurs pistes peuvent être étudiées. Toutefois, se sera au COPIL de donner un rétroplanning des actions à mener. Un modèle peut être proposé comme base de réflexion et d'analyse :

Actions	Objectifs	Intervenants	Date limites
Création COPIL et première réunion de travail	Définir les objectifs stratégiques Réflexion autour des moyens Rédaction convention constitutive	DRH DAF DS 1 ou 2 cadres 1 médecin Cadre de pôle	15/11/2018
Analyse des moyens techniques et humains	Clarifier les besoins humains et techniques Synthèse des atouts/freins structures Prospection d'acteurs internes/externes ayant compétences Réflexion sur l'organisation Bilan fiabilisation données	AAH DRH	01/12/2018
Deuxième rencontre COPIL	Présentation des conclusions d'analyse Choix modes de lancement/ des formations externes Conclusion communiquée au directoire pour décision et validation budget	Composition copil Affaires générales	02/12/2018
Communication	Réunion institutionnelle autour de l'ensemble des cadres soignants et administratifs Relance acteurs de contrôle de gestion sociale pour finalisation contractualisation	Direction fonctionnelle et cadres	15/12/2018
Rencontre CDGS/équipe	Première réunion de travail (intervenant CDGS/service RH/service informatique	DRH/ AAH PM , PNM/informatique	15/01/2018
Formations	Début des premières formations externes	Service RH/DAF/cadres	A partir du 01/02/2018 (6 mois)
Mise en place requêtes/TDB	Travail sur la mise en place de requête Première proposition de maquette de TDB avec encadrement soignant/administratif Contrôle données	Intervenants ext / équipe RH	Du 15/02 au 15/04

Actions	Objectifs	Intervenants	Date limites
Présentation COPIL	Test d'utilisation avec le COPIL Suivi des objectifs	COPIL/intervenants	15/04
Présentation / formation	Test d'utilisation équipes de cadres soignant/ direction Formation interne Utilisation effective	Ensemble cadres/intervenants	20/04
Maintenance	Maintenance par échange de mail / assistance téléphonique selon heures programmés si besoin	Intervenants/AAH/DRH	6 mois
Rencontre COPIL	Bilan suivi des objectifs	COPIL	30/04
Recrutement	Embauche contrôleur de gestion sociale Point /tailage avec intervenants extérieurs Autonomie sur poste	DRH	01/05 au 31/05

3.2.3 L'évaluation du dispositif

Pour répondre aux besoins et dans un souci de pertinence, le contrôle de gestion sociale pourra être amené à évoluer. Une évaluation du dispositif, de l'organisation, de l'atteinte des objectifs et de l'ensemble des données transmises dans leurs formes comme dans leurs fonds, de la satisfaction des utilisateurs devra être réalisée selon un calendrier défini. Cet audit interne permettra de mesurer l'efficacité des mesures prises et l'impact positif ou négatif sur l'organisation comme son degré d'aide à la décision. Il portera à la fois dans un premier temps sur la régularité par rapport aux instructions internes données c'est-à-dire l'analyse d'éventuelles dérives, d'en déterminer la cause, les conséquences et proposer des solutions. Puis dans un deuxième temps sur l'efficacité c'est-à-dire la qualité des productions en terme d'efficience et d'efficacité et enfin sur la pertinence c'est-à-dire vérifier l'adéquation entre les actes et leurs effets recherchés, les objectifs fixés. Par ailleurs, cette démarche sera source de qualité car visera une recherche d'amélioration des pratiques et permettra d'avoir un impact sur l'organisation future.

Conclusion

Face aux contraintes législatives, réglementaires, financières, les ressources humaines évoluent vers des dimensions plus stratégiques. Dans de nombreux établissements, se développe une nouvelle discipline appelée contrôle de gestion sociale. En élaborant des tableaux de bord, elle permet de procéder à des comparatifs d'évolution d'une année sur l'autre, d'établir des prévisions budgétaires, optimiser le coût des RH, mesurer l'impact financier des décisions RH et faire des projections. Ces tableaux de bord simples, synthétiques et opérationnels peuvent évoluer, s'adapter à la demande des utilisateurs. Cette démarche s'inscrit dans un processus d'amélioration continue autour d'une vision partagée. Pour autant, la mise en place de cette discipline au sein d'un service et d'un établissement ne se décrète pas. Des conditions indispensables doivent exister pour permettre une mobilisation des équipes autour de ce projet et permettre qu'il s'impose comme un acteur incontournable. L'exemple du CHICAS permet de prendre conscience des difficultés sur le terrain et l'impérieuse nécessité de créer une mobilisation collective au-delà du service RH.

Bien que les établissements de santé doivent se doter d'outils efficaces et stratégiques et doivent favoriser le développement du contrôle de gestion sociale, pour autant il n'est pas la clé qui va permettre de supprimer les déficits à court et moyen terme. Il va permettre très certainement de ne pas dégrader les ratios ou d'en atténuer les effets. Outil indispensable et nécessaire, il ne peut être le seul levier d'action. Pour autant, il induit une démarche de changement et de modernisation des modes de fonctionnement, de pensées permettant de créer les conditions indispensables pour inscrire l'établissement de santé dans le XXI^{ème} siècle. Les AAH auront un rôle à jouer indiscutable pour permettre d'impulser cette dynamique. Les formations des acteurs de terrain seront donc un enjeu !

Bibliographie

Ouvrages

BERNOUX Philippe, « Sociologie du changement : dans les entreprises et les Organisations », Edition Seuil, 2004

CROZIER M, FRIEDBERG E., « l'acteur et le système », Edition seuil,1977

HOOD Christopher, « A Public Management for all Seasons? », Public Administration, 1991

KAPLAN R., NORTON D., « le tableau de bord prospectif », Editions d'organisation, Paris, 1998

LARTIGAU J., NOBRET T., « une nouvelle grille d'analyse pour le contrôle de gestion hospitalier : le contrôle intégré de Simons », 2011

MARTORY B., « Contrôle de gestion sociale : salaires, masse salariale, effectifs, compétences, performances », 8^{ème} édition, Magnard-Vuibert,2015

MARTORY B., CROZET D., « gestion des ressources humaines : pilotage social et performance », 9^{ème} édition, Dunot, 2016

PESQUEUX Yvon, « Le nouveau management public », 2006

SHENK David, Data SMOG, « Surviving the information Glut », Harper Collins, 2009

Périodiques

AUBIN Cédric, PASCAL Christophe, « Evaluer le succès du système d'information décisionnel dans les organisations de santé : proposition d'un modèle à partir de deux études de cas », Actes de la journée transdisciplinaire de recherche, management des organisations de santé, 2010

AUBIN Cédric, « Décisionnel à l'hôpital : privilégier une démarche de co-construction », Stratégie Gestions Hospitalières, N°509, Octobre 2011

AUBIN Cédric, « Décisionnel à l'hôpital : privilégier une démarche de co construction. », Stratégie Gestions Hospitalières, N°509-octobre 2011

CAPPELLETTI L, LARTIGAU J, NOGUERA F., " Contribution au pilotage de la masse salariale par la fonction RH dans les établissements publics de santé : premiers résultats d'une recherche collaborative ", Revue de gestion des ressources humaines, N°98,2015, 58-73

CARON Daniel, GIAUQUE David, « Réforme administrative et gestion des ressources humaines : comparaison de la Suisse et du Canada », RIPC, Vol. 11, N° 2, 2004, p. 239-240.

DOMIN Jean Paul, « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière(1983-2013) », Revue de la régulation, septembre 2015

DREYFUS Françoise, « La révision générale des politiques publiques, une conception néolibérale du rôle de l'Etat ? », Revue française d'administration publique, N° 136, 2010/4, p. 857-864

FONTAINE-GAVINO Karine, ZAMBEAUX Adrien, « Bilan social et tableaux de bord : des outils de pilotage au service des ressources humaines », collection les diagnostics de l'emploi territorial , HS 9

HERRIAU C ,OLLIVIER E., « Les tableaux de bord tendanciels projectifs : Une présentation des tableaux de bord hospitaliers pour créer des espaces de discussion", Finances Hospitalières, N° 101, Avril 2016

HERRIAU C ,OLLIVIER E., « les tableaux de bord hospitaliers : un malentendu persistant sur leur contribution à la décision prospective », Finances Hospitalières, N°100, Mars 2016

LUCAS André et POIMBOEUF Christian, « Renforcer la dimension stratégique des RH », Les cahiers hospitaliers, N° 259, septembre 2009

NOBRE Thierry, « Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? », 21 ème congrès de l'AFC, Mai 2000

OLLIVIER Erwan, « infobésité et contrôle de gestion : comprendre le phénomène pour bâtir un système d'information Décisionnel centrés sur l'analyse des marges de manœuvre. » Finances Hospitalières, N°111. Mars 2017

OLLIVIER Erwan, « une opportunité pour repositionner le contrôle de gestion en aide au pilotage stratégique de groupe », Finances hospitalières, N°113, Mai 2017

ROUTELOUS Christelle et OLLIVIER Erwan, « De la gestion de l'absentéisme à un management durable : Une attente forte pour le contrôle de gestion sociale mais des informations inertes », Finances Hospitalières, N° 98, Octobre 2017

ROUTELOUS Christelle et OLLIVIER Erwan, « De la gestion de l'absentéisme à un management durable : Propositions de nouveaux indicateurs centrés sur les marges de manœuvre », Finances Hospitalières, N° 99, Novembre 2017

SAMMOUR Yasmine, « Portail décisionnel, un outil structurant du dialogue de gestion avec les pôles », Réflexions hospitalières, N°542, Septembre-octobre 2011

WAGENAAR Gaëtan, « Pilotage à vue, pilotage aux instruments et fiabilité des tableaux de bord », N° 33 , Février 2010

Mémoires

CAPILLAIRE P., « la certification des comptes hospitaliers, un vecteur d'amélioration de la performance de la gestion des ressources humaines, mémoire EHESP, AAH, 2016

LEDERMANN M., « la recherche de la performance par l'optimisation des processus. L'exemple du centre hospitalier intercommunal de la côte basque », mémoire EHESP, Directeur d'hôpital, 2008

GUIGOU O., « La direction de la performance : un nouveau dispositif d'action et de pilotage à l'épreuve de la réalité hospitalière », mémoire EHESP, DH , 2016

POIREE I., « Mise en place du contrôle interne à la DRH du centre hospitalier du MANS : outil de management ?, mémoire EHESP, AAH, 2015

VALLEJO Jimmy, « La modernisation des services RH hospitaliers : un enjeu stratégiques ? », mémoire LEST-UMR CNRS , Faculté d'économie et de gestion d'Aix en Provence , 2012

LECOUSTRE Céline, « l'interdépendance entre le contrôle de gestion sociale et l'intérêt général, l'exemple de l'EPSAN », Mémoire Université de strasbourg, 2015

Textes réglementaires

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

Article 47-2de la constitution du 4 octobre 1958 créé par la loi constitutionnelles n°2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la V°république

Consultation site internet

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/etat-previsionnel-des-recettes-et-des-depenses-eprd>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/efficience-hospitaliere>

Les établissements de santé, panorama de la DREES, édition 2017

Guide pour le suivi de la masse salariale, DGOS, 2014

Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER, Ministère des affaires sociales et de la santé, avril 2008

Liste des annexes

Annexe 1 : grille d'entretien des contrôleurs de gestion sociale

Annexe 2 : exemples indicateurs bilan social

Annexe 3 : Découvrir le CHICAS, Chiffres-clés 2017

Annexe 4 : Synthèse des entretiens avec les agents du service RH du CHICAS

Annexe 5 : Exemple de tableaux de bord

Annexe 1 :

Grille d'entretien des contrôleurs de gestion sociale

Identification :

- Grade
- Formation initiale
- Date d'ancienneté comme responsable de contrôle de gestion sociale
- Qui est votre responsable hiérarchique ? Dépendez-vous du service RH, DAF, ou autres ?
- Quelles sont vos missions ?

Etablissement :

- Quand a été mis en place le contrôle de gestion sociale dans votre établissement?
- Combien ETP ?
- Qu'est ce qui a favorisé sa mise en place ?

Moyens :

- Le service comprend combien de personnes ?
- Quels outils informatiques disposés vous ?
- Avez-vous complétez vos connaissances par des formations ?
- Quelles sont vos besoins aujourd'hui ?
- Comment les informations vous arrivent elles ? Estimez-vous quelles sont suffisantes ?
- Comment donnez-vous l'information et sous quelles fréquence ?
-Comment les tableaux de bord ont-ils été construits ?

Attentes :

- Comment est perçu le contrôle de gestion sociale ?
- Comment qualifieriez-vous la collaboration de travail avec les autres services
- Y a-t-il des points à améliorer ?
- Qu'attendez-vous de l'équipe de direction ? des cadres ? de votre responsable ?
- Comment projetez-vous votre travail ?
- Quelles sont vos craintes ?

Annexe 2 :

Exemple d'indicateurs bilan social / Contrôle de gestion sociale

Principaux indicateurs bilan social		Suggestions indicateurs contrôle de Gestion Sociale (extrait protime) pro	
<p>→ Les emplois</p> <ul style="list-style-type: none"> emplois permanents détail des emplois permanents emplois en équivalent temps plein évolution des emplois 	<p>→ Les recrutements et les carrières</p> <ul style="list-style-type: none"> Recrutement Situation antérieure des agents recrutés Recrutement sur emploi nouveau ou vacant Modalités de recrutement Mobilité interne Avancement de grade et promotion Agents au dernier échelon Mode de promotion 	<p>• Absentéisme</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux d'absentéisme : $\frac{[(\text{Nombre total de jours d'absence année N} / \text{Effectif moyen année N}) / 365]}{100}$ Mesure de la gravité : <ul style="list-style-type: none"> Nombre de jours moyen d'absence/travailleur Absentéisme d'un travailleur spécifique : $\frac{\text{Nombre d'absences} / \text{mois} / \text{travailleur}}$ Durée moyenne par absence : $\frac{\text{Nombre total d'heures d'absence} / \text{Nombre d'absences}}$ Proportion d'absentéisme : $\frac{(\text{Heures d'absence sur la période} / \text{Heures théoriques sur la période})}{100}$ $\frac{(\text{Nombre d'absents} / \text{Effectif total})}{100}$ 	<p>• Mouvements du personnel¹</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de Turn over ou rotation du personnel : $\frac{(\text{Nombre d'entrées période N} + \text{nombre de sorties période N}) / 2}{\text{Effectif moyen période N}} \cdot 100$ Taux de sorties : $\frac{\text{Nombre de sorties sur la période} / \text{Effectif moyen sur la période}}{100}$ Taux de démission : $\frac{\text{Total des démissions} / \text{Total des sorties}}{100}$ Origine des départs : $\frac{\text{Nbre fin de contrat} / \text{Nbre de démissions} / \text{Nbre de départs volontaires} / \text{Nbre de départs naturels (pension, décès...)}}{\text{Total sorties}} \cdot 100$ Stabilité du personnel Taux de rétention du personnel : $\frac{\text{Nombre de présents à la fin de la période} / \text{Nombre d'entrées au début de la période}}$ Ancienneté moyenne du personnel : $\frac{\sum \text{Anciennetés de chaque travailleur à la date d'aujourd'hui} / \text{Nombre total de travailleurs}}$
<p>→ Les effectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnel permanent Personnel permanent en équivalent temps plein Autres personnels non permanents Autres personnels gérés Effectif suivant le statut Effectif par filière Effectif par catégorie hiérarchique Effectif par service, par direction Âge de l'effectif Âge par statut et par cadre d'emplois Taux d'encadrement Effectif exerçant un encadrement par catégorie Effectif à temps non complet Effectif à temps partiel Effectif par lieu de résidence 	<p>→ Les travailleurs handicapés</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de travailleurs handicapés 		
<p>→ Les flux</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrées et sorties Taux de recrutement Taux de sortie Taux de rotation Taux de remplacement Projection de départs en retraite 	<p>→ Temps de travail et absence</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de jours travaillés dans l'année Cycle de travail Maladie ordinaire Taux d'absence pour maladie de courte durée Répartition des absences Durée des arrêts de travail Congés longue maladie et maladie de longue durée Autres absences Coût des absences 		
	<p>→ Rémunération</p> <ul style="list-style-type: none"> Rémunération nette moyenne Part des primes dans la rémunération 		

➤ Suggestions indicateurs contrôle de gestion sociale :

• Bien-être du personnel

Afin de mesurer le bien-être du personnel, il faut pouvoir chiffrer quelque chose de subjectif. Il est donc conseillé de créer des enquêtes qui utilisent des échelles de mesures de 1 à 10 par exemple.

- Mesure de la satisfaction :

Enquête de satisfaction annuelle (= baromètre social)

- Mesure de l'implication :

Questionnaire sur l'implication organisationnelle

- Mesure de l'adhésion stratégique :

Questionnaire sur la connaissance et l'adhésion du personnel à la vision et aux orientations stratégiques de l'entreprise

• Formations²

- Effort de formation :

$\frac{\text{Montant consacré à la formation} / \text{Masse salariale}}$

Budget réalisé / Budget prévu

- Ratio de formation :

$\frac{(\text{Nombre de salariés formés} / \text{Effectif})}{100}$

- Taux de participation aux formations :

$\frac{(\text{Nombre de participants} / \text{Nombre d'inscrits})}{100}$

Taux de couverture des compétences stratégiques :

$\frac{(\text{Nombre de salariés devant posséder les compétences stratégiques} / \text{Nombre de salariés effectivement détenteurs des compétences stratégiques})}{100}$

• Pyramide des âges

Permet, en fonction de sa forme, d'estimer et anticiper le délai avant de voir certaines catégories de sa population de travailleurs quitter la société. Il est par exemple possible d'anticiper le recrutement et la formation des futurs cadres.

• Taux d'encadrement

$\frac{(\text{Effectif cadre et techniciens} / \text{Effectif total})}{100}$

• Recrutement

- Sélectivité du recrutement :

$\frac{(\text{Nbre de candidats retenus} / \text{Nbre de candidatures examinées})}{100}$

- Qualité du recrutement :

$\frac{(\text{Nbre de candidats restant au bout d'un an} / \text{Nbre de recrutements sur la période})}{100}$

- Coût moyen du recrutement :

$\frac{\text{Coût total des recrutements sur la période} / \text{Nbre de recrutements sur la période}}$

Indicateurs de gestion RH :

• **Masse salariale** : somme des rémunérations brutes versées aux salariés, hors rémunérations en nature et cotisations patronales.

On peut étudier l'impact des politiques d'augmentation salariales

- Effet niveau :

Représente les dépenses supplémentaires engendrées par les augmentations de salaire.

Masse salariale effet niveau = $\text{MS année N} + (\text{MS année N} \cdot \text{pourcentage augmentation salariale})$

- Effet masse :

Détermine l'impact réel des augmentations salariales (au prorata des périodes sur lesquelles elles s'appliquent ; contrairement à l'effet niveau).

Masse salariale effet masse = $\text{MS année N} + (\text{MS année N} \cdot \text{pourcentage augmentations salariales proratisées au nombre de mois d'application})$

- Effet report :

anticipe les effets d'une décision d'augmentation salariale sur les exercices budgétaires futurs.

Taux effet report = $\frac{(\text{masse salariale effet niveau} - \text{masse salariale effet masse}) / (\text{masse salariale effet masse} \cdot 100)}$

Masse salariale effet report = $\text{MS effet masse} + (\text{MS effet masse} \cdot \text{taux effet report})$

On peut également étudier l'impact sur la masse salariale des entrées et sorties du personnel :

- Effet Noria :

représente la marge de manœuvre de la masse salariale, à savoir dans quelle mesure on peut (ré)engager sans dépasser le budget.³

Économie ou dépense réalisées grâce à l'effet Noria = $\text{Nombre de remplacements} \cdot (\text{salaire annuel brut de base moyen des arrivants} - \text{salaire annuel brut de base moyen des partants})$

• Rémunération

Ratio de rémunération moyenne :

$\frac{\text{Masse salariale annuelle} / \text{Effectif moyen annuel}}$

Ratio d'accroissement des rémunérations :

$\frac{\text{Pourcentage annuel d'augmentation salariale de l'entreprise} / \text{idem secteur}}$

Ratio de progression du pouvoir d'achat :

$\frac{\text{Indice des salaires} / \text{Indice des prix}}$

Ratios de hiérarchie des salaires :

$\frac{\text{Salaire moyen catégories les mieux payées} / \text{Salaire moyen catégories aux salaires les plus faibles}}$

Ratio de promotion :

$\frac{(\text{Nombre de promotions annuelles} / \text{effectif})}{100}$

• Dépenses RH

Frais de personnel / Effectif

Masse salariale / Chiffre d'affaires

• Productivité

Chiffre d'affaires / Effectif

Valeur ajoutée / Effectif

Valeur Ajoutée / Masse salariale

Production / Effectif

HCR0I (Human capital return on investment) :

$\frac{\text{CA} - (\text{Charges} - \text{Rémunérations}) / \text{Rémunération}}$

HCVA (Human capital value added) :

$\frac{\text{CA} - (\text{Charges} - \text{Rémunérations}) / \text{Effectif}}$

Annexe 3

Découvrir le CHICAS : Chiffres-clés 2017

Effectifs	Personnel médical	127,7 ETP (moyenne annuelle)
	Personnel non médical	1 284,36 ETP (moyenne annuelle) dont : services de soins : 830,62 éducatifs et sociaux : 8 médico-technique : 89,09 techniques : 159,28 direction et administratif : 176,55 sans filière : 20,82
Equipements	Lits et places	571
Activité du court séjour	Médecine, chirurgie, obstétrique	Entrées : 39 251 Journées : 115 171 Séjours : 34 815 (IVG inclus) Consultations : 173 058 Venues en hôpital de jour, chirurgie ambulatoire et séances : 17 073
	Passages aux urgences	44 910
	Passages en maison médicale de garde	7 782
	Accouchements	930 (958 nouveau-nés)
	Prélèvements d'organes	6 patients prélevés
Activité moyen séjour, soins de longue durée et EHPAD	Soins de suite	Entrées : 1 318 Journées : 19 634
	Soins de longue durée	Entrées : 38 Journées : 17 823
	Hébergement personnes âgées dépendantes	Entrées : 45 Journées : 29 752
Activité des services supports	Anesthésie-blocs opératoires	7 750 interventions avec 6 065 actes classants
	Biologie médicale	1 663 072 actes et 23 339 399 DépB réalisés au CHICAS hors sous-traitance 3 796 examens d'anatomie pathologique
	Imagerie médicale	21 846 examens de scanner 6 671 examens d'IRM
Activité des services logistiques	Repas servis	384 668
	Linge lavé	919 253 kg
Compte financier	Budget principal	Dépenses de personnel : 80 480 826,75 € Dépenses médicales : 25 119 761,70 € Charges hôtelières et générales : 10 450 247,94 € Charges de structure : 18 815 689,88 €
	Recettes	Produits versés par l'assurance maladie : 95 470 434,85 € Autres produits de l'activité hospitalière : 7 534 852,17 € Autres produits : 26 633 039,06 €

Annexe 4 : Synthèse des entretiens avec les agents du service RH du CHICAS

PNM- site GAP		Constat	Remarques		Recommandations	
			Points positifs	Points à améliorer		
responsable absentéisme	Suivi absentéisme	Requête	<p><u>Externaliser</u> Agent reçoit les requêtes par un tiers qui utilise le logiciel Business Objects (BO).</p> <p>Pas d'accès direct à l'information : Pas d'utilisation des outils car l'agent n'a pas accès à certains logiciels de requêtes (BO, RH look...)ou n'a pas eu de formation adaptée</p>	<p>Fiabilité des requêtes</p>	<p>-Pour le suivi mensuel : Pallier à la dépendance et le manque d'autonomie - Utilisation d'un logiciel peu intuitif obligeant à retraiter les données (risque d'erreur, temps consacré..)</p> <p>-Nombre de licence limité pour accéder aux logiciels notamment Bo</p> <p>-RH look non utilisé</p>	<p>-Assurer des formations adaptées ou décharger ce suivi à une personne dédiée au contrôle de gestion sociale (temps estimé ½ journée /me)</p> <p>-Utilisation d'un autre logiciel plus ergonomique</p>
		Type d'indicateur	<p>Nbre total jours d'absence par pôle/UF au mois X</p> <p>Type d'absence croisé par pôle/UF/grade au mois X</p> <p>Type d'absence /grade au mois X</p> <p>Nbre jours absences global par pole au cours de l'année et cumulé + tx absentéisme</p> <p>Type d'absence /ME + tx absentéisme global ETB</p>	Données détaillées	<p>-Agent n'a pas de trame des besoins : multiplicité des tableaux pouvant être chronophage</p> <p>-Aucun comparatif sur N-1 sauf pour la Maladie ordinaire</p> <p>-TDB transmis sans analyse faite des écarts ou évolutions</p> <p>-Dénominateur choisi n'est pas en lien avec celui du bilan social ne permettant pas de comparaison</p>	<p>-Réorganisation des tableaux selon la pertinence des données souhaitées par l'équipe de direction / le manager RH / le pôle</p> <p>-Faire une trame simplifiée de suivi mensuel</p> <p>-Faire une synthèse des écarts pouvant être constatés dans la période (trimestre) à comparer aux années précédentes</p>
		Fréquence	Mensuel	Données transmises régulièrèment	<p>-Constat rétroactif des absences à 1 mois</p> <p>-Pas d'immédiateté de l'info à l'instant T</p>	-Garder fréquence vis-à-vis des tiers ou automatiser la transmission d'information
		Destinataire	AAH pour validation envoi DG/Directeur adjoint/DS/directeur IFSI (copie gestionnaire ETP + suivi budgétaire)	Suivi de la ligne hiérarchique choisi antérieurement	<p>-Le référent administratif des pôles n'est pas destinataire de ces TDB</p> <p>-Le responsable direct n'est pas destinataire et n'assure aucun suivi sauf la veille réglementaire</p>	<p>-Envoi de suivi synthétique au DG/ DA hors RH/CA pole</p> <p>-Envoi des TBD détaillées à AAH et DRH pour analyse</p>

	PNM- site GAP	Constat	Remarques		Recommandations
			Points positifs	Points à améliorer	
responsable absentéisme AR	Saisie des données à réception AM	A réception des AM, mise à jour dans le logiciel Agir Pour les contractuels, édition des attestations de salaire pour subrogation (site CPAM)	Impact direct de la saisie dans le logiciel e-planning	Pas possibilité directe de vérification cohérence dans e-planning	-Doublon sur l'ensemble du processus pour permettre réactivité
	Suivi des remboursements	Mise à jour du TDB de suivi remboursements/encaissements et des contentieux	TBD complet, formaté pour répondre à la certification des comptes et de ses aspects réglementaires Précision des simulations concernant les IJ maladie	Suivi des contentieux annuels au vu de son impact financier <i>Il est à noter que réglementairement, pas de possibilité de régulation à postériori engendrant des difficultés de recouvrement auprès des agents</i>	-Suivre trimestriellement les contentieux -relance systématique pour optimiser les pertes de créances (gain estimé variable d'une année sur l'autre pouvant aller jusqu'à 20 ke)

PNM - Site GAP		Constat	Remarques		Recommandations	
			Points positifs	Points à améliorer		
Responsable des carrières	Suivi des retraites	Requête	Requête Bo faite par l'agent	Utilisation autonome du logiciel de requête	Niveau de détail de la requête (actif/sédentaire)	-Retravailler la requête
		Type d'indicateurs suivis	Tableaux de bord créés permettant de constituer : <ul style="list-style-type: none"> - Une pyramide des âges détaillée(tous les âges) - Un prévisionnel des dates de départ « potentiel »des agents 	TDB complet permettant également un suivi du dossier jusqu'à la liquidation de la retraite TDB détaillant les droits des agents	-Retraitement manuel du TDB sur point réglementaire (ex : actif / sédentaire)	-Classement par pole /service et CSP pour plus de visibilité des contraintes futures avec une visibilité sur les 3 ans mini voire 5 ans -Tableau % d'agents en prolongation -Réflexion autour de l'intégration de données nouvelles (congés à solder ou CET) pour affiner la date potentielle de départ -Tableau comparatif départ effectif retraite et des nouvelles embauches ou titularisations
		Fréquence	1 fois /an	Fréquence annuel le satisfaisante		Garder fréquence
		Destinataire	Responsable du suivi budgétaire au sein service RH	Information pertinente pour le suivi budgétaire	-L'information n'est pas transmise directement aux acteurs décisionnels -Information transmise uniquement dans un axe budgétaire et non GPMC donc pas d'anticipation des besoins –métiers notamment pour les métiers en tension (=> impact sur plan de formation)	-Elargir la communication à d'autres acteurs internes du service (AAH/DRH) -Prévoir une communication synthétique auprès de la DSI et des pôles -Intégrer un lien Départ retraite/GPMC

PNM - Site GAP		Constat	Remarques		Recommandations	
			Points positifs	Points à améliorer		
Responsable des carrières	Suivi des mises en stage avant titularisation	Requête	Requête BO faite un autre membre du service	- Lien entre le requêteur et responsable carrières	-continuité d'un binôme	
		Type d'indicateurs	TDB permettant d'apporter une décision sur des indicateurs quantitatifs	Pertinence du suivi avec durée pondérée en fonction quotité de travail et nombre jours d'absentéisme	-Compléter le TDB par la nationalité ainsi que MAJ casier judiciaire pour vérifier l'éligibilité à l'accès à la Fonction publique avant proposition stagiairisation. -Pas de connaissance sur l'évaluation qualitative du candidat	-Apporter des critères qualitatifs factuels (évaluation CDD). -Clarifier la politique en cas de refus de stagiairisation (fin de contrat ?) et de la priorisation des contractuels sur poste permanents ou contractuel remplaçant -Faire un TBD comparatif sur 3 ans
		Fréquence	1 Fois /an	Durée en lien avec la politique de l'établissement	RAS	Formalisation dans le projet social
		Destinataire	-Direction des soins pour personnel soignant Directeurs adjoints des services concernés administratifs	Information auprès des directions concernées	Réinterroger le rôle des chefs de pôles non intégrés dans la démarche	-Rédaction d'une procédure de stagiairisation pour une transparence et la connaissance auprès des acteurs décisionnels (durée mini, poste vacant,...)

PNM - Site GAP			Constat	Remarques		Recommandations
				Points positifs	Points à améliorer	
Responsable des carrières	Maintien dans l'emploi	Processus	<p>=>Rencontre obligatoire auprès de l'assistante sociale de l'établissement à des fins d'étude</p> <p>=>Après aval de celle-ci, étude auprès d'une commission qui se réunie 1 fois tous les deux mois</p> <p>=>La commission statue : apporte des recommandations ou préconisations ou accord (formation, aménagement..)</p> <p>=> le responsable des carrières prépare les comptes rendus de réunion et assure si besoin le suivi des reclassements des agents</p>	<p>-Existence d'une commission d'étude permettant la transparence et des débats</p> <p>-Fréquence des débats permettant une réactivité (6 réunions en 2017)</p> <p>-Présence élargie de participants</p>	<p>-Le Règlement intérieur de la commission n'est pas dans Qualiweb et nécessite une mise à jour</p> <p>-transmission annuelle de TDB non visible (nombre de poste aménagé/reclassement...)</p>	<p>-Formaliser dans Qualiweb du RI mis à jour</p> <p>-Comparer l'évolution des données sur 3 ans</p> <p>-Mettre en valeur les actions menées par une synthèse chiffrée des actions par type de propositions</p> <p>-Communiquer et transmettre systématiquement les données auprès de l'équipe de direction et du responsable de gestion sociale</p> <p>-Assurer le suivi administratif après le reclassement (cohérence entre poste et grade)</p> <p>-Assurer un suivi des temps partiels thérapeutiques</p>

PNM - Site GAP		Constat	Remarques		Recommandations	
			Points positifs	Points à améliorer		
Responsable du suivi budgétaire et du contrôle de gestion sociale	Suivi interne des ETP	Requête	Traitement de l'état mensuel MIPIH issu de Médip@ss (paie): <ul style="list-style-type: none"> - Effectif par mois - Cout par mois - Effectif annualisé - cout annualisé 	Données partant d'une base salariale donc ne pouvant être erronée	-Peu d'attractivité et lourdeur du document à retraiter -Requête non nominative à ce jour	-Utilisation d'un autre logiciel pour gain de temps et rapidité de traitement
		Type indicateurs	-Pour le budget H effectifs physiques et ETP couplés avec les rémunérations chargées ou hors charge, répartis par statut / grade /qualification	-comparaison annuelle détaillée par mois -Distinction CDD permanent /remplaçant	-Différentiation absente par pôle. A ce jour, c'est la direction des finances qui fait cette répartition à partir transmission la requête par la DRH -Données brutes explication des évolutions non formalisée -Pas de comparatif avec les objectifs de l'EPRD -Constations a postèriori .	-Mettre à disposition des décideurs et des responsables de pôles des tableaux de bord accessibles en continue qui auront été élaboré en co-construction -Service RH doit être initiateur de la démarche d'évolution des TDB ainsi que de la coordination
		Fréquence	1 fois /me	• En lien avec le processus de paie	-En cours de mois, pas d'éléments mis à jour, ni de transmission de données	-Combiner les indicateurs temporels, financiers et quantitatifs pour permettre de faire des analyses en amont et aval et faire des projections
		Destinataire	-AAH RH et Directeur adjoint RH finance DSI et DAFC (réunion budgétaire) -Chargée du suivi des effectifs	-Respect ligne hiérarchique + fonctionnel	-communication aux pôles	

PNM - Site GAP		Constat	Remarques		Recommandations	
			Points positifs	Points à améliorer	•	
Responsable du suivi budgétaire et du contrôle de gestion sociale	Suivi externe des ETP tutelles	Requête	Idem suivi interne	Idem	Retraitement manuel	-S'interroger sur l'utilisation d'autres outils dans un objectif de gain de temps et de performance
		Suivi des indicateurs	Evolution des ETPR par catégorie et type de statut comparaison avec l'objectif cible de l'EPRD	-Explications qualitatives et quantitatives des écarts mois /mois -Comparaison de l'évolution avec l'EPRD et des objectifs préalablement définis - Le binôme responsable des contrats et du suivi budgétaire indispensable pour la compréhension	-Les explications et commentaires sont en grande majorité nominatifs mais ne précisent pas le statut (tit, Contract..) rendant la lecture difficile pour un tiers (info non transmis aux tutelles) -Ordre et agencement différents du suivi interne : présentation ARS peu opérationnel pour analyse interne -Trio paie/responsables ETP/responsable suivi budgétaire à optimiser pour pallier au risque de déperdition ou manque d'information	-travailler sur TDB commun interne/externe qui pourront être ensuite simplifier en fonction des acteurs et des besoins spécifiques -Commentaires d'analyse de synthèse
		Fréquence	1 fois /ME ou selon les demandes	régularité pour les tiers	Les contraintes de temps ne permettent pas le respect des délais	Non modifiable car rythmée par les tutelles
		Destinataire	Service de Direction tutelles	Non négociable		

PNM - Site GAP		Constat	Remarques		Recommandations	
			Points positifs	Points à améliorer		
Responsable du suivi budgétaire et du contrôle de gestion sociale	Suivi des dépenses	Requête	Issue du logiciel emagh2 via BO	-Détail des données par compte -Contrôle des requêtes pour la cohérence des données avec emagh2	-Saisie à la main d'une partie des données car retranscription dans tableau suivi	faciliter le recueil des données
		Suivi des indicateurs	-Données comparatives détaillant les comptes de rémunération comprenant des éléments de paie et hors paie, ainsi que les mesures d'économie prévues/réalisées dans le cadre du CREF et COPERMO	-En lien avec les actions CREF/COPERMO -Fiche de synthèse	-Nécessité de retravailler les tableaux internes en fonction des demandes	-Pas ou peu de marge de manœuvre quant à l'agencement des TDB
		Fréquence	Mensuelle	réglementé		
		Destinataire	Tutelles Service des finances et direction générale	Communication auprès des tiers demandeurs	SO	
	Contrôle de gestion	Missions du poste	Pas de connaissance sur les missions du Contrôleur de Gestion Sociale Pas d'animation ni de suivi sur cette fonction	-Tout est à construire !	-Les TDB existants sont inertes, et statiques ne permettant aucune anticipation	-Investir cette mission est une nécessité pour un pilotage décisionnel pro actif et d'anticipation -Compétence opérationnelle / transversale à chercher pour permettre d'élaborer, comprendre et créer ces outils .

PNM- Site Gap		Constat	Remarques		Recommandations
			Points positifs	Points à améliorer	
Gestionnaire du recrutement et du développement des compétences	Suivi du recrutement	<p>Processus du recrutement soignant</p> <p>Chaque CV de candidat soignant reçu au sein du service RH est transmis dès réception à la direction des soins infirmiers (DSI)</p> <p>-A la suite d'un besoin, le cadre demande au secrétariat de la DSI d'organiser les entretiens</p> <p>-Candidat(s) reçu(s) par un cadre supérieur (du service ou non)</p> <p>-Choix transmis à la DSI pour validation sur le recrutement, la candidature, l'affectation, la quotité et la durée du contrat</p> <p>-Transmission de la fiche « demande d'autorisation de recrutement » au service de la DRH</p> <p>-Rédaction par le responsable des recrutements d'une « fiche de recrutement » destinée au DRH pour décision sur l'opportunité du recrutement</p> <p>-Si validation recrutement, constitution administratif du dossier</p>	<p>-Mise en place de fiches de liaison permettant de connaître les éléments indispensables au CDGS comme les affectations, le motif de remplacement grâce à des codes spécifiques (contractuel permanent, temporaire) et la conformité avec les ETP octroyés</p> <p>-Après validation du recrutement, les éléments sont transmis sur un tableau de suivi collectifs permettant de connaître les entrées par pole/date/grade....</p>	<p>-Visibilité sur les recrutements notamment concernant les candidatures</p> <p>-L'intervention du DRH dans le processus doit être réétudiée son autorisation en fin de processus apporte une confusion: et n'ai pas en cohérence avec une anticipation des besoins</p> <p>- corrélation ARE/nouveau recrutement récente : Candidat choisi en tenant compte de ce critère financier</p> <p>- Le délai de recrutement est inconnu</p> <p>-Le gestionnaire du recrutement n'intervient que dans des tâches purement administratives et n'a pas de vision globale des besoins.</p>	<p>-une communication sur les opportunités est à discuter en amont avec la DSI ou autres directions avec une fréquence régulière</p> <p>-Pour connaître l'attractivité de l'établissement et les postes susceptibles d'être en tension, recentralisation de l'ensemble des candidatures pour permettre leur quantification et leur suivi/analyse (délai recrutement)</p> <p>-Réétudier le processus de recrutement pour faire du service RH un acteur moteur et d'optimisation des dépenses</p> <p>-Créer une concertation régulière entre responsable budget et responsable du recrutement pour projeter les répercussions budgétaires</p>
	Processus recrutement non-soignant du	<p>-Les CV des candidats sont reçus au sein du service RH et sont conservés et répertoriés.</p> <p>-A la suite d'un besoin, le cadre du service sollicite la responsable du recrutement</p> <p>-Transmission des CV en lien avec l'activité</p> <p>-Organisation des entretiens par le ou les cadres du service ou sélection par CV</p> <p>-Transmission de la demande de recrutement à la DRH apportant une connaissance sur la candidature, l'affectation, la quotité et la durée du contrat</p> <p>-Rédaction d'une fiche de recrutement par le responsable du recrutement destiné au DRH à des fins de décision sur l'opportunité du recrutement</p>	<p>-Les effectifs nécessaires par service et grade ont été quantifiés au préalable</p> <p>idem</p>		<p>- Processus et Règles de remplacement à formaliser</p> <p>-Continuité des échanges réguliers</p>

PNM- Site Gap		Constat	Remarques		Recommandations	
			Points positifs	Points à améliorer		
Gestionnaire du recrutement et du développement des compétences	Suivi des ARE	Elaboration des TDB des ARE payés et des montants à provisionner	TDB détaillé par grade/emploi /montant	Niveau de détail permettant de connaître l'évolution financière des ARE sur le temps et des comparatifs	Absence d'une classification par service ou pole Corrélation recrutement /ARE en cours	Faire un état régulier et communiquer les évolutions par service /Pôle et Métier
	GPMC	outil permettant : -Développer une gestion dynamique et préventive des ressources humaines -construire une démarche prospective en phase avec le projet d'établissement	Partie peu formalisée à ce jour	L'établissement a conscience de son retard et de la nécessité d'investiguer davantage ce domaine	Démarche nécessitant une attention particulière en lien avec le CDGS	Investir la GPMC en particulier dans le cadre de : -L'intégration de la démarche métiers-compétences -L'anticipation sur l'évolution des métiers et des compétences

PNM – site GAP		Constat	Remarques		Recommandations	
			Points positifs	Points à améliorer		
Responsable de la formation	Suivi plan formation	Recueil des formations	<p>Saisie dans le logiciel spécialisé Gesform des retours des recueils des besoins collectifs et institutionnels ainsi que des souhaits individuels permettant l'élaboration du plan de formation</p> <p>Priorisation des demandes avant la constitution d'un récapitulatif des demandes (logiciel)</p>	<p>Suivi régulier et organisé de manière efficiente (idem pour suivi budget formation)</p> <p>Le logiciel utilisé permet de faire un récapitulatif de toutes les demandes de formation par pôle /par UF</p>	<p>-La formation obligatoire comme sécurité incendie n'apparaît pas sur le logiciel et contraint à un suivi manuel.</p> <p>-Pas d'alerte de fin d'habilitation pour les formations soins d'urgence, habilitation électrique => gestion par le service</p> <p>-Sur le logiciel gesform, des requêtes permettant de faire un suivi quantitatif abouti et complet n'est pas fonctionnel à ce jour. Celui-ci doit évoluer en 2019.</p>	<p>Dans le cadre du CDGS, le lien entre formation et GPMC doit être renforcé.</p> <p>Une évolution du logiciel gesform est prévu courant 2019 et permettra d'alimenter les indicateurs de contrôle de gestion sociale</p>

PNM – site GAP		Constat	Remarques		Recommandations	
			Points positifs	Points à améliorer		
Responsable du suivi des effectifs	Suivi des ETP par pôles	requête	Requête BO	-Maitrise du logiciel par l'agent -Possibilité pour les 2 autres agents ayant accès à BO de disposer des requêtes construites	-Non pérennité des requêtes lors de changement de version de logiciel	Réflexion à lancer pour que les responsables de pôles et les directeurs aient accès et disposent de TDB sur une plateforme informatique, et actualisée tous les jours => information en temps réel , rapidité Continuer le travail de collaboration RH/cadres sup /DS qui permet la fiabilisation des données.
		Suivi des indicateurs	Comptabilisation des effectifs des pôles déclinés par services avec : - Synthèse permettant de connaître les écarts entre des postes rémunérables ou nécessaires /ETP du service décliné par statut : agent titulaire/contractuels permanents ou contractuels temporaires avec un rappel des mensualités dépensés au cours de l'année - Détail nominatif des ETP et effectif nécessaire par grade et statut (titulaire, contractuel permanent ou temporaires)	-Différentiation des effectifs entre contractuels permanents et temporaires -Les effectifs nécessaires sont connus et ont été discutés par l'équipe de direction -Les observations permettent de connaître les évolutions mensuelles d'ETP et d'expliquer succinctement les écarts -Document de liaison et de dialogue entre la DRH et les responsables de service/ direction des soins	-Pas de numérotation des postes -Ce document est davantage un document de travail et de contrôle qu'un outil décisionnel. Pour le CDGS, Il ne permet pas un comparatif par mois ou N-1 , - est trop détaillé hormis sa synthèse. -Bien que les mises à jour soient faites au fil de l'eau, la prise de connaissance des éléments d'évolution des effectifs se fait à postériori à la remise du document	
		Fréquence	mensuel sous forme papier	Si organisation à l'identique, fréquence adaptée.	-Une mise à disposition sur informatique serait un plus dans le pilotage des pôles -Pas de suivi des ETP journaliers en temps réel	
		Destinataire	En version papier DRH / cadre sup de santé/ direction des soins	Accès version informatique si besoin		
	Suivi des enquêtes	SAE/Bilan social	-Constitution des requêtes -Saisie des données sur des plateformes dédiées -Pour le bilan social, transmission papier aux membres des instances	-Expertise de l'agent -Contrôle de cohérence des données transmises -Respect délais échéances mais nécessité d'anticipation car	-Activité reposant sur un seul agent -Seul des données quantitatives sont transmises sans commentaires sur les évolutions constatées ni leur explication.	

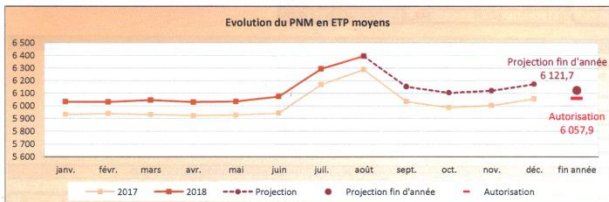
Annexe 5 : Exemple de tableaux de bord

Service de Gestion RH TDB PNM MENSUEL AC

TABLEAU DE BORD DU PERSONNEL NON MEDICAL

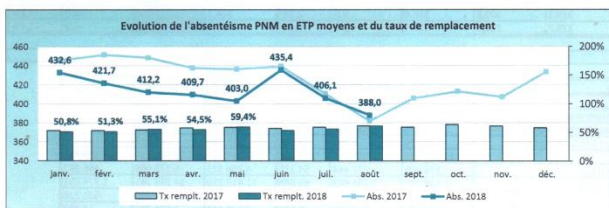
Budget H
août-18

Suivi des effectifs PNM en ETP moyens (hors Recherche Clinique)



ETP moyens (Cumul début année)	janv-août 2016	janv-août 2017	janv-août 2018	Ecart 2018 /2017	%	Projection fin d'année	EPRD 2018	Ecart projection 2018 / EPRD 2018	%
Valorisation aux coûts moyens	184 950 756 €	190 945 946 €	193 874 698 €	2 928 753 €	1,5%	289 578 033 €			
ETP affectés	5 959,0	6 004,3	6 115,1	110,7	1,8%	6 121,7	6 057,9	63,8	1,1%
ETP présents (hors absences)	5 545,2	5 572,9	5 701,5	128,5	2,3%	5 707,4			
Postes budgétés	5 099,5	5 086,8	5 163,9	77,1	1,5%	5 181,5			
Rempl. Maladie (111)	208,0	242,2	224,7	-17,5	-7,2%	230,0			
Rempl. CA (222)	110,2	114,4	101,3	-13,1	-11,5%	71,5			
Rempl. formation (333)	10,4	13,5	14,3	0,7	5,5%	17,4			
Conventions (hors RC) (555)	141,1	159,2	174,4	13,2	8,3%	173,4			
Diet, kinés, assist sociale (666)	58,1	53,5	54,1	0,6	1,2%	52,1			
CMDE	76,1	77,8	81,3	3,4	4,4%	81,0			
Rempl. TP Thérapeutiques (888)	8,6	11,8	18,5	6,7	56,4%	18,4			
Hors poste	247,0	245,1	284,6	39,6	16,1%	296,3			

Suivi de l'absentéisme et du remplacement PNM en ETP moyens (hors Recherche Clinique)



ETP moyens (Cumul début année)	janv-août 2016	janv-août 2017	janv-août 2018	Ecart 2018/2017	%
Absentéisme global en ETP	413,8	431,4	413,6	-17,8	-4,1%
Absentéisme court	257,2	261,0	273,5	12,4	4,8%
Maladie ordinaire	208,7	213,6	226,9	13,3	6,2%
Accidents du travail et trajet	42,1	42,8	41,9	-0,9	-2,1%
Autres absences	6,4	4,7	4,7	0,0	0,0%
Absentéisme long	156,6	170,3	140,1	-30,2	-17,7%
Longue maladie	36,6	41,7	39,0	-2,7	-6,4%
Maladie longue durée	35,1	30,1	24,2	-5,8	-19,4%
Maternité	84,9	98,6	76,9	-21,7	-22,0%
Taux d'Absentéisme Global	6,9%	7,2%	6,8%	-0,4pts	
Absentéisme maladie	407,4	426,7	408,9	-17,8	
Taux de rempl. maladie	51,1%	56,8%	55,0%	-1,8pts	

Service de Gestion RH TDB PNM MENSUEL AC

Focus sur les principaux grades

ETP moyens (Cumul début année)	janv-août 2016	janv-août 2017	janv-août 2018	Ecart 2018 /2017	%
Aide-soignant	1 394,9	1 387,4	1 402,2	14,7	1,1%
Infirmier	1 354,0	1 380,6	1 438,0	57,4	4,2%
Maitre ouvrier	440,0	441,2	407,2	-34,0	-7,7%
Adjoint administratif	369,4	367,4	379,0	11,6	3,2%
Agent services hospitalier	318,1	342,7	342,2	-0,5	-0,1%

Indicateurs spécifiques

Indicateurs spécifiques (Cumul début année)	janv-août 2016	janv-août 2017	janv-août 2018	Ecart 2018 /2017	%
Intérim	71 969 €	63 282 €	212 548 €	149 266 €	235,9%
Heures supplémentaires rémunérées	460 694 €	490 673 €	529 197 €	38 524 €	7,9%
ARE	643 690 €	700 151 €	664 674 €	-35 477 €	-5,1%
Agents en TP 80%-86%	1 025	1 037	1 006	-31	-3,0%

Synthèse par pôles (la colonne grise correspond à l'EPRD pour budget H global, et à l'autorisation pour autres budgets et pôles)

ETP moyens (Cumul début année)	janv-août 2016	janv-août 2017	janv-août 2018	Ecart 2018 /2017	%	Projection fin d'année	Autorisation ou EPRD 2018	Ecart réalisé 2018 / EPRD 2018	%
H1210-POLE FEMME ENFANT	758,1	787,1	786,6	-0,5	-0,1%	782,7	768,8	13,8	1,8%
H1150-POLE MEDECINES SPECIALISEES	406,7	417,5	415,6	-2,0	-0,5%	415,9	396,1	19,8	5,0%
H1120-POLE ASUR MED INTERNE ET GERIAT	769,9	784,3	859,7	75,3	9,6%	869,8	846,6	23,2	2,7%
H1100-POLE ABDOMEN ET METABOLISME	451,2	461,5	449,8	-11,6	-2,5%	443,8	442,6	1,2	0,3%
H1200-POLE COEUR POUMONS VAISSEAUX	484,5	481,0	470,0	-11,0	-2,3%	466,4	467,3	-0,9	-0,2%
H1370-POLE BIOLOGIE	348,2	354,8	353,7	-1,1	-0,3%	352,0	347,1	4,9	1,4%
H1160-POLE NEURO SCIENCES	487,2	493,6	514,5	20,9	4,2%	518,5	508,6	10,0	2,0%
H1330-POLE IMAGERIE EXPLO FONCTIONN	202,8	204,5	207,4	2,9	1,4%	208,0	205,8	2,1	1,0%
H1170-POLE ODONTOLOGIE	31,3	32,6	44,3	11,7	35,8%	44,7	40,9	3,8	9,3%
H1804-DIR FINANCES ET SYSTEMES D INFO	175,5	176,4	180,3	3,8	2,2%	180,6	187,3	-6,7	-3,6%
H1803-DIR DE LA QUALITE ET DES USAGERS	17,9	20,1	21,3	1,2	5,7%	21,6	19,9	1,7	8,4%
H1340-POLE PHARMACIE	193,9	192,0	196,8	4,8	2,5%	196,2	189,5	6,7	3,5%
H1800-DIRECTION GENERALE	17,9	18,7	21,0	2,3	12,2%	21,1	22,8	-1,6	-7,2%
H1802-DIRECTION DES SOINS	14,4	14,7	14,5	-0,2	-1,3%	14,3	15,7	-1,3	-8,6%
H1840-DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALE	15,1	15,2	18,4	3,1	20,6%	19,4	15,1	4,3	28,3%
H1801-DIRECTION POLES ET PROJETS	13,3	13,5	11,4	-2,2	-15,9%	11,3	15,7	-4,4	-27,8%
H1180-POLE LOCOMOTEUR	212,6	188,2	182,4	-5,8	-3,1%	183,3	178,4	4,9	2,7%
H1880-DIRECTION DE L'INGENIERIE	690,3	695,5	692,8	-2,6	-0,4%	688,8	683,5	5,3	0,8%
H1520-SANTE PUBLIQUE	125,4	124,8	128,0	3,2	2,6%	129,0	126,6	2,3	1,8%
H1850-DIRECTION DES RESSOURCES HUMA	319,1	309,8	318,8	9,0	2,9%	324,3	343,3	-19,0	-5,5%
H1350-PLATEAU TECHNIQUE BLOCS OPERA	223,7	218,3	227,9	9,6	4,4%	230,2	234,2	-4,0	-1,7%

Budget H - Masse Salariale mensuelle et en cumul début année

Charges de personnel (Titre 1 + Titre 2)	août 2017	août 2018	Ecart	Cumul 2017	Cumul 2018	Ecart
621 - Personnel extérieur à l'établissement	0	6 355	6 355	63 282	224 252	160 970
631 - Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration d	1 331 578	1 449 177	117 599	10 610 023	11 584 526	974 503
633 - Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organis	895 991	912 136	16 146	6 840 853	7 081 026	240 173
641 - Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413 et 6415)	22 774	6 793	-15 981	215 969	72 312	-143 657
6411 - Personnel titulaire et stagiaire	12 856 111	13 085 419	229 308	102 234 118	103 623 539	1 389 421
6413 - Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	618 309	672 444	54 135	4 706 323	5 173 305	466 982
6415 - Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	2 140 775	2 201 843	61 068	12 419 210	14 193 261	1 774 051
6451 - Charges de sécurité sociale et de prévoyance	6 315 580	6 268 603	-46 977	48 764 395	48 223 169	-541 226
6471 - Autres charges sociales	326 468	320 959	-5 509	2 578 412	2 596 796	18 383
648 - Autres charges de personnel	33 010	7 970	-25 040	214 580	207 955	-6 624
Total général	24 540 597	24 931 700	391 103	188 647 165	192 980 141	4 332 976

MOULLET	Sylvie	Novembre 2018
Filière AAH Promotion 2018		
<p>Le contrôle de gestion sociale, au cœur de la performance des ressources humaines : enjeux et perspectives du déploiement d'outils décisionnels au sein des établissements de santé</p>		
EHESP		
<p>Résumé :</p> <p>Sous l'influence des exigences des réformes hospitalières, les établissements de santé doivent rationaliser leur organisation en veillant à assurer la qualité des soins. Au vu du poids de la masse salariale, les ressources humaines doivent devenir une discipline stratégique d'aide à la prise de décision. Le contrôle de gestion sociale ,qui permet de comparer, de projeter et d'anticiper les scénarii , peut répondre à ces nouveaux défis.</p> <p>Sa mise en place et sa pérennisation nécessitent des prérequis indispensables et des moyens humains et techniques mais rencontre pourtant des difficultés de mise en œuvre sur le terrain. A travers l'exemple d'un établissement de santé, nous allons illustrer son développement et préconiser les actions à mettre en œuvre pour le renforcer.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Contrôle de gestion sociale, performance sociale, ressources humaines, tableaux de bord, indicateurs, outils décisionnels, établissements de santé</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		