

Améliorer la connaissance des données RH pour structurer une politique d'attractivité des métiers du social

MARS 2025
2024-073R

• **RAPPORT**

Noor-Yasmin
Djataou

Denis
Le Bayon

Clémence
Marty-Chastan

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

SYNTHÈSE

[1] Par lettre datée du 3 juillet 2024, la ministre du Travail, de la santé et des solidarités a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales de mener une mission d'expertise relative à **l'amélioration des données et des outils dont disposent les pouvoirs publics pour piloter et réguler la masse salariale et les effectifs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux**. La lettre de mission intègre explicitement dans le champ des travaux les secteurs de la protection de l'enfance et de la petite enfance.

[2] Issue du programme de travail de l'IGAS, cette mission d'expertise avait pour objectif de réaliser, à froid, sans être liée à une prise de décision imminente, un état des lieux des données relatives aux ressources humaines dont disposent les pouvoirs publics dans le cadre de leurs missions, de formuler des constats sur leur qualité et la manière dont elles sont utilisées, et de porter une appréciation sur les outils de pilotage de la masse salariale existant pour ces mêmes pouvoirs publics. Elle constitue à bien des égards une réponse aux difficultés perçues par les différents acteurs tout au long des années 2020 à 2023. Cette période a été caractérisée par des décisions de revalorisations salariales à fort impact sur les finances publiques, prises sans disposer pleinement des données et outils nécessaires pour les cibler, les évaluer et en suivre les impacts tant financiers qu'en terme d'attractivité, dans un contexte de tensions sur les ressources humaines avéré.

[3] La notion de pilotage de la masse salariale présente dans la lettre de mission a donné lieu à des réactions et réflexions multiples des acteurs interrogés, quant à la place et au rôle de chacun. A l'issue de ses travaux, la mission considère indispensable de qualifier plus précisément ce terme, en se référant à **trois notions distinctes** :

- la **gestion des ressources humaines**, qui est exclusivement du ressort des établissements et services ;
- le **pilotage budgétaire et financier du secteur par les pouvoirs publics**, qui prend en compte, certes parfois de manière imparfaite, les déterminants RH (effectifs, coûts unitaires, etc.) et qui comporte des effets *a minima* indirects sur la gestion des effectifs et de la masse salariale dans les établissements et services ;
- la **définition et le pilotage par les pouvoirs publics d'une politique d'attractivité** pour le secteur, qui intègre une dimension prospective.

[4] La mission considère qu'au regard du contexte des finances publiques et de déficit d'attractivité de certaines professions du social, qui s'ajoutent à des enjeux d'offre, la capacité à piloter des pouvoirs publics doit être renforcée à plusieurs niveaux : mieux anticiper et suivre les évolutions de la masse salariale, évaluer les tensions RH des différents secteurs, calibrer des réponses structurées dans le cadre d'une politique de ressources humaines solide et partagée, qui s'appuient sur des travaux prospectifs robustes. Ce renforcement apparaît d'autant plus essentiel que les ressources humaines sont, à bien des égards, un des déterminants des politiques

d'offre, dont elles conditionnent la mise en œuvre. Elles constituent donc un élément essentiel à intégrer dans la conception et le déploiement des politiques publiques.

[5] **Par ailleurs, le périmètre très large de la mission, incluant les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux dont la petite enfance (établissements d'accueil du jeune enfant) et la protection de l'enfance, invitait à une approche transverse et comparative entre secteurs, au-delà de la diversité des statuts, des parties prenantes et des modèles économiques.** Ce périmètre s'est avéré pertinent pour penser des outils les plus transversaux possibles, à même de limiter au maximum les effets de bord non anticipés entre secteurs constatés durant la période 2020-2023, éviter les redondances ou projets concurrents, tirer le plein potentiel des bases les plus transverses, s'inspirer des meilleures pratiques ou identifier des manques flagrants en matière de données dans certains domaines. Ce périmètre a constitué un défi important pour la mission, qui a dû arbitrer entre profondeur et spécificité des investigations d'une part, nécessité de couvrir le champ demandé et d'appréhender les enjeux transverses d'autre part. **Cette démarche a permis de constater la diversité et les contrastes importants entre les différents secteurs**, et invite ainsi le décideur, s'il doit prioriser ces efforts, à **investir en premier lieu dans les champs de la petite enfance et de la protection de l'enfance** qui sont aujourd'hui quasiment dépourvus de toute remontée de données RH.

[6] **Malgré ce champ vaste, la mission a tenu à élargir et enrichir sa vision en interrogant quelques grandes entreprises** partageant certaines problématiques de remontées de données, au regard de leur taille et de leur structuration en société mère et filiales d'une part, de leur confrontation à des enjeux d'attractivité d'autre part. Ces comparaisons ont permis de prendre la mesure du caractère commun de certaines difficultés et problématiques rencontrées. Elles ont également solidifié ses constats relatifs aux fondamentaux techniques et organisationnels nécessaires pour construire un système de collecte fiable. Elles ont enfin mis en exergue l'écart entre la conception du rôle de DRH de ces entreprises et la manière dont les pouvoirs publics appréhendent leur rôle et se positionnent par rapport à des structures en prise directe avec la gestion. La mission a cherché tout au long de ce rapport à illustrer ses analyses en s'appuyant sur ce parangonnage.

[7] **S'agissant des données RH nécessaires pour exercer ces différentes missions, les besoins exprimés par les pouvoirs publics** se sont avérés disparates selon les acteurs interrogés. Ils ont par exemple été très nombreux du côté de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), tant dans le champ des établissements pour personnes âgées et personnes en situation de handicap que de la petite enfance ou de la protection de l'enfance. En revanche, les autres acteurs, administrations centrales ou déconcentrées, n'ont paradoxalement exprimé que peu de besoins, renvoyant au pilotage en propre par les établissements et services et à des difficultés d'exploitation des données du fait d'une mauvaise qualité, d'une temporalité inadaptée à celle de l'action ou d'un défaut de moyens humains pour les exploiter. Du côté sanitaire, des préoccupations se sont exprimées sur la problématique de fiabilisation des estimations de mesures nouvelles à l'hôpital, mais assez peu en revanche sur la problématique de l'homogénéisation des données collectées selon le statut des structures ou sur les questions de prospective, ce que la mission considère comme un point essentiel.

[8] **Le besoin le plus prégnant selon les acteurs est celui d'un outil structuré pour suivre les tensions RH. Il devrait intégrer les indicateurs suivants** : le suivi des effectifs ; le volume de travail, quel que soit l'indicateur retenu de mesure des effectifs ; le flux d'entrées et de sortie ;

l'absentéisme : congés, arrêt-maladies, congés maternité et paternité ; les heures supplémentaires ; les contraintes en matière d'organisation du temps de travail (astreintes, gardes...) ; le recours à l'intérim et aux contrats de courte durée ; les emplois vacants et les difficultés de recrutement. Ces indicateurs seraient d'autant plus pertinents s'ils pouvaient être **déclinés au niveau régional, par type d'établissements et de professions.**

[9] En outre, si le niveau national dispose de leviers majeurs sur l'attractivité ou la maîtrise de la masse salariale via les rémunérations pour une partie du secteur ou le financement de moyens humains nouveaux, le niveau régional, bien que potentiellement le mieux placé pour suivre la situation des établissements, en difficulté ou peu efficaces, ou élaborer des stratégies d'attractivité adaptées au territoire, peine à trouver sa place faute d'outils, de moyens et de rôle bien identifié. Les autorités régionales se retrouvent ainsi positionnées entre le niveau national qui dispose de leviers d'actions clairement établis, notamment financiers, et le niveau établissements / services en prise avec la gestion directe des ressources humaines. Les départements quant à eux, pour ce qui est d'un pan du secteur médico-social et de la protection de l'enfance, émettent des besoins quelque peu différents : pour les uns, ils manquent d'informations et de prévisions sur les négociations collectives ; pour les autres, ils font état d'une absence de données de comparaison pour juger de leur gestion.

[10] **Globalement, malgré les contrastes évoqués** (entre secteur, et selon les statuts des établissements et services), **les sources de données RH aujourd'hui disponibles partagent plusieurs points communs : elles apparaissent multiples, très disparates, parfois incomplètes. En outre, les données produites via ces sources sont quant à elles hétérogènes, peu cohérentes du fait d'une insuffisance des démarches de fiabilisation, et ne permettent pas d'avoir une vision globale sur la situation des différents champs, et quand elles le font c'est avec une ou plusieurs années de décalage.** Les indicateurs disponibles ne sont donc pas des outils de pilotage d'une politique de ressources humaines, au sens où ils permettraient une prise de décision ou une action. Ils offrent uniquement la possibilité de constater *a posteriori*, et encore de manière imparfaite, des évolutions. Ce manque de fraîcheur de données ne permet pas d'intervenir en cas de situations de crise ou même dans des délais qui permettraient d'infléchir les tendances de manière rapide. En reprenant une approche par secteur, la mission dresse les constats suivants :

- **le secteur sanitaire** est marqué par une asymétrie d'informations remontées par les établissements publics et privés, notamment lucratifs, ainsi que par des carences en données fraîches sur l'absentéisme, les vacances de postes et plus globalement les tensions sur les ressources humaines ;
- **le secteur médico-social** est dans une situation paradoxale, avec des données RH relativement abondantes pour le public comme pour le privé mais à la fiabilité non éprouvée. Il est par ailleurs confronté à des limites majeures pour le dénombrement des effectifs par convention collective ou type de structure ;
- **dans le champ de la petite enfance**, la mission constate une absence quasi-totale de données consolidées, avec une référence exclusive aux enquêtes précieuses mais ponctuelles et circonscrites de la CNAF ;
- **pour les établissements et services de la protection de l'enfance**, les seules informations disponibles relèvent de l'enquête quadriennale de la DREES sur les effectifs, précieuse mais

incomplète notamment sur les tensions sur la ressource et par construction la plupart du temps trop datée pour répondre aux besoins des administrations.

[11] **La mission a également constaté que de nombreuses limites organisationnelles, liées à des systèmes d'information non optimaux, nuisent à la fiabilité des données.** Ainsi, et malgré l'émergence très progressive d'une culture de la donnée au sein des différentes administrations, force est de constater que quand bien même des données RH sont à disposition des pouvoirs publics, celles-ci ne sont souvent que partiellement utilisées.

[12] **Cette approche nécessite par ailleurs d'être complétée par la création d'un cercle vertueux dans lequel chaque acteur comprend l'utilité de ce qu'il remonte, en voit la valeur et a la capacité à l'exploiter.** C'est ce cercle vertueux qu'il convient de favoriser, en développant les restitutions aux acteurs, en rendant plus solides et donc utilisables les bases existantes dès lors qu'elles ont une utilité présente ou en cible. Mais la manière dont les administrations se saisiront de ces données sera clé pour créer la confiance des acteurs et donc garantir *in fine* une meilleure qualité déclarative.

[13] **Malgré le constat dressé à l'issue des investigations d'un manque de certaines données qui porte préjudice à la prise de décision publique, la mission a souhaité être proportionnée dans ses propositions de remontées nouvelles.** Elle a cherché à intégrer constamment la préoccupation de ne pas alourdir déraisonnablement les collectes déjà effectuées auprès des acteurs, qui ont exprimé dans bien des cas un sentiment de saturation. **Les propositions de nouvelles remontées sont donc limitées aux deux secteurs au sein desquels la donnée fait le plus défaut, à savoir celui de la petite enfance et celui de la protection de l'enfance.**

[14] **Pour combler les autres besoins, la mission considère que la principale voie à emprunter est celle d'une fiabilisation des données actuellement remontées et d'une meilleure exploitation des données existantes, notamment issues de la DSN.** Le choix fait de miser en priorité sur une meilleure exploitation des sources de données existantes ne doit pas conduire à sous-estimer les prérequis techniques de travail sur les bases et en termes de moyens humains nécessaires pour réaliser ces nouvelles exploitations, notamment au sein de la DREES. Ainsi, si les promesses de la DSN sont bien réelles, leur réalisation nécessite un investissement conséquent des administrations et opérateurs dans la fiabilisation des données, qui pourrait prendre la forme d'une *task-force* inter-administrative en charge de la fiabilisation déclarative et du lien avec acteurs du secteur et éditeurs. En particulier, la fiabilisation du numéro FINESS et subsidiairement de la convention collective applicable (IDCC) sont des prérequis indispensables à l'exploitation de cette base pour de nombreux cas d'usage déclinés dans le rapport, afin de permettre une ventilation robuste des effectifs et de la masse salariale par branche professionnelle et par catégorie de structure.

[15] **Dans cette même logique de proportionnalité, la mission préconise également d'explorer dès que cela s'y prête les voies d'une simplification possible pour les établissements et services :** suppression des redondances et des doubles saisies, imports automatisés – par exemple entre les documents budgétaires et le tableau de bord de la performance dans le champ médico-social – pour être fidèle au principe du « dites-le nous une fois », allègement de la collecte du rapport social unique pour les établissements publics notamment.

[16] **La mission propose par ailleurs, sur la base des éléments que les acteurs lui ont indiqué être indispensables de remonter, mais aussi des constats partagés avec la mission IGAS relative à l'attractivité des métiers du champ social, de poser les bases d'une politique RH globale pour le secteur, qui ne se limite pas aux enjeux budgétaires et financiers.** Dans un contexte de tension sur les ressources humaines et les finances publiques, l'objectif est de renforcer les outils de connaissance, de régulation et d'évaluation de mesures dont disposent les pouvoirs publics. Plusieurs axes sont ainsi proposés :

- rénover les outils de régulation budgétaire et financiers existants pour les rendre plus efficaces :
 - meilleure prise en compte des sous-jacents RH dans les missions de régulation et programmation financière au niveau national ;
 - refonte et simplification de la procédure d'agrément par la DGCS des projets d'accords nationaux et locaux des établissements et services à statut associatif (en supprimant l'agrément des accords locaux et en recentrant l'agrément sur les accords nationaux à fort enjeu) ;
 - renforcement de la capacité des pouvoirs publics à évaluer l'impact des mesures salariales en capitalisant sur les nouveaux outils créés par la DREES et les simulations effectuées par les partenaires sociaux ;
- créer de nouveaux outils de veille et d'observation pour mieux anticiper, cibler puis évaluer les décisions prises :
 - capitaliser sur les projets existants d'outillage en termes de suivi des tensions pour créer un tableau de bord synthétique et élargi à destination des décideurs publics ;
 - se doter d'une capacité d'observation des bas salaires via les données des déclarations sociales des employeurs ;
- fiabiliser et étendre la capacité de prospective sur les besoins en RH en santé et étendre cet exercice aux autres champs du secteur social : l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé doit à ce titre voir ses missions élargies aux autres professions du champ médico-social puis social et ses moyens renforcés par des appuis ponctuels de ressources externes, de centres de recherche ou de spécialistes de santé publique notamment ;
- outiller le niveau territorial pour mener une politique RH adaptée aux enjeux locaux, dans le respect du bon usage des bases et en tenant compte de la capacité des ARS à traiter les données ;
- clarifier la gouvernance relative à l'outillage des pouvoirs publics pour suivre les données, dont RH, du secteur pour éviter le phénomène de multiplicité des bases.

[17] **Aussi, la mission préconise d'inscrire l'ensemble de ces actions dans une feuille de route ministérielle, pilotée par la DREES en lien avec la DGOS et la DGCS, et associant l'ensemble des administrations et opérateurs commanditaires, collecteurs et exploitants de données RH du secteur.** Le comité de pilotage de cette feuille de route sera notamment chargé de vérifier la non-redondance de tout nouveau projet de remontée et de passer périodiquement en revue les différentes remontées pour identifier les redondances et pistes de simplification. Il apparaît

indispensable que cette feuille de route puisse inclure une clause de revoyure dans les trois prochaines années, pour faire un état des lieux des bases de données véritablement existantes, et de l'avancée de la fiabilisation des données en DSN. Ce travail permettra in fine de supprimer certaines enquêtes ponctuelles, et d'en alléger d'autres, qui servent aujourd'hui à pallier le manque de fiabilisation de la DSN. La cible est d'arriver à une fiabilisation la plus poussée possible de la DSN, mais avant d'y arriver la mission estime nécessaire d'offrir des solutions de moyen terme.

[18] Par ailleurs, la mission attire l'attention sur le **nécessaire renforcement des équipes de la DREES, de l'ordre de 3 ETP**, qui apparaît indispensable pour produire cet outillage et réaliser les analyses en collaboration avec les directions métiers. Ce renfort doit permettre de doter les pouvoirs publics d'un système d'observation et de pilotage de la donnée RH du secteur social complété, fiabilisé et moins chronophage en termes de remontées. Par la meilleure connaissance de l'état des tensions, des salaires et des effectifs, les mesures pourront ainsi être mieux ciblées permettant ainsi de faire des économies, à ce stade, non mesurées. Il permettra également d'économiser à terme des sollicitations multiples des établissements et services pour des enquêtes ponctuelles, ou encore la multiplication de base de données qui compensent aujourd'hui l'absence de fiabilisation de la DSN.

[19] Enfin, la mission a conscience de la technicité des sujets qui sont abordés dans ce rapport mais interpelle sur les enjeux stratégiques que portent ces améliorations techniques : une meilleure connaissance des secteurs, et de leur situation RH, doit garantir des décisions proportionnées qui répondent aux enjeux d'attractivité qui touchent unanimement l'ensemble des champs. Il s'agit d'asseoir la prise de décision politique sur une meilleure connaissance statistique et prospective afin de répondre aux enjeux d'offre sur l'ensemble du territoire.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Gouvernance propre au pilotage par la donnée des ressources humaines des secteurs sanitaire, social et médico-social				
23	Traduire les différents chantiers proposés par la mission dans une feuille de route signée par les ministres concernés dont le pilotage serait confié à la DREES, en lien avec la DGOS et la DGCS.	1	Ministres en charge de la santé et des solidarités/Pilotage : DREES DGS DGOS	T2 2025
24	Consolider annuellement l'état des connaissances sur les ressources humaines des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour alimenter les arbitrages sur des mesures d'attractivité, de construction budgétaire, d'entrées en formation, etc.	1	DREES	A compter de 2026
25	Renforcer les moyens de la DREES de 3 ETP afin de rendre viable la mise en œuvre de la feuille de route développée par le présent rapport.	1	Ministres en charge de la santé et des solidarités	A compter 2026
16	Mieux associer les départements au cadrage des évolutions salariales via la création d'un comité des financeurs réuni au cours de l'année N-1	1	DGCS	2025
Outils de pilotage et de régulation à disposition des pouvoirs publics				
14	Fiabiliser les hypothèses RH prises dans la construction de la prévision de l'ONDAM médico-social en revoyant notamment les hypothèses de part de la masse salariale dans le total des charges pour les établissements médico-sociaux.	1	CNSA/DSS/DGCS	2026
15	Expliciter les hypothèses RH implicites de la construction de l'ONDAM dans les annexes au PLFSS.	1	DSS/DGOS	A compter de 2025
17	Alléger la procédure d'agrément actuelle sur les accords nationaux à fort enjeu en modifiant l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, et renforcer la capacité d'évaluation de ces accords par les pouvoirs publics en prévoyant par arrêté une transmission par les branches des modèles de calcul de l'impact financier de ces revalorisations	1	DGCS	2025
19	Créer un tableau de bord publié annuellement puis trimestriellement avec des indicateurs de tension RH pour l'ensemble du secteur social, médico-social et sanitaire, en s'appuyant sur les sources existantes, puis progressivement sur les nouvelles exploitations en cours : Vigie RH et l'enquête EVAC.	1	DREES en lien avec les directions métiers	2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Simplifier et fiabiliser la collecte et l'exploitation de la donnée de ressources humaines				
1	Expertiser la possibilité de partage par l'assurance maladie auprès des directions concernées du ministère de données de liquidation d'indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP	2	CNAM	A compter de 2026
2	Construire les conditions de libération du potentiel de la DSN, avec la mise en place d'une <i>task force</i> inter-administrative en charge de la fiabilisation déclarative et du lien avec acteurs du secteur et éditeurs. Mettre en place dans des délais rapides un retour aux employeurs omettant de déclarer le numéro FINESS de leurs salariés en DSN.	1	Task force inter-administrative Avec un pilotage DREES, DGCS et DGOS	A compter du T2 2025
3	Confier à la CNAF la responsabilité de collecter les indicateurs clefs de suivi des effectifs et de la masse salariale (dont turn-over, absentéisme), de manière similaire auprès des établissements PSU et PAJE ; prioriser la déclaration des effectifs, assortie d'une ventilation par fonction et diplôme. Enrichir systématiquement les publications annuelles de l'observatoire national de la petite enfance de ces données.	1	CNAF	A compter du T2 2025
4	Mettre à disposition des conseils départementaux – services de PMI – et des autorités organisatrices de l'accueil du jeune enfant les informations collectées par la CNAF sur les effectifs et la masse salariale des EAJE.	2	CNAF – en lien avec l'ADF	Chantier à lancer en 2026
5	Confier à la CNAF un chantier de fiabilisation des données de la DSN sur le champ de la petite enfance, en les rapprochant des données de gestion remontées par les établissements. Modifier en conséquence l'arrêté filtre sur l'utilisation des données de la DSN pour tenir compte de ces nouvelles missions confiées à la CNAF.	1	CNAF/ Mission interministérielle chargée du pilotage du système de collecte et d'utilisation des données sociales / DSS	A compter du T2 2025
6	Enrichir les informations demandées dans le cadre des enquêtes de la DREES auprès des établissements et services de la protection de l'enfance et adopter un rythme bisannuel de remontée concernant le volet relatif aux ressources humaines.	1	DREES	2027
7	Réduire le nombre d'indicateurs demandés dans le cadre du rapport social unique en les ciblant notamment sur les enjeux spécifiques du dialogue social dans la FPH. Etudier les possibilités de simplification sur le principe du « dites-le nous une fois ». Ces évolutions sont un prérequis pour envisager un calendrier de collecte et de consolidation resserré pour une plus grande fraîcheur des données.	1	DGOS et ATIH	Dès 2025
8	Confier à la DNS, en lien avec l'ANAP et la CNSA, le rôle de mener un dialogue avec les éditeurs de logiciels SIRH pour formuler des propositions sous un an, aux ministres des Solidarités et de la Santé, qui permettent de poursuivre l'objectif de simplification et de fiabilisation des données	1	DNS et ANAP	Dès 2025

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	RH. Les travaux examineront les mesures qui permettront d'obtenir des outils d'importation de la donnée – depuis les SIRH vers les principales bases de données, avec une première étape dans le secteur médico-social			
9	Finaliser les travaux d'alimentation automatique du tableau de bord de la performance par les documents budgétaires (importCA et importERRD)	1	CNSA/ ATIH	2025
10	Etendre le champ de la base de données inter-administratives des ESMS dite « Badiane » à l'ensemble des ESMS autonomie et handicap d'ici 2026 et à terme supprimer le volet personnel des enquêtes quadriennales de la DREES (EH-PA et ES Handicap)	2	DREES	2026
11	Pour assurer une fraîcheur de données utiles au pilotage, anticiper en cible de mi-décembre à fin septembre la date de mise à disposition des restitutions du tableau de bord de la performance	2	ATIH	Prochaine campagne du TDB
12	Instaurer le principe d'une restitution systématique des données collectées vers les établissements et services, et plus largement les acteurs qui y ont contribué. Cela doit également concerner les enquêtes nationales, et notamment celles pilotées par la DREES, avec un envoi systématique d'un mail de renvoi aux publications aux contributeurs.	1	DREES, CNSA, ATIH, CNAF	2026
13	Mettre en place une meilleure ergonomie des restitutions du tableau de bord de la performance à destination des établissements et services pour en faciliter l'utilisation par les acteurs et s'assurer, à travers des communications dédiées, de son appropriation.	2	ATIH	2026
18	Etendre progressivement Vigie RH à l'ensemble du secteur médico-social, sanitaire, dont privé lucratif, ainsi qu'au champ de la protection de l'enfance puis à la petite enfance. Elargir par ailleurs son périmètre aux indicateurs de tension pertinents à suivre via la DSN.	1	DGCS/ DREES puis DGOS	A compter de 2026
20	Afin de développer une capacité d'observation des problématiques de bas salaires dans une approche comparée avec d'autres secteurs, missionner la DREES pour produire des éléments d'observation rétrospectifs puis à un rythme annuel à partir de la Base Tous salariés de l'INSEE au-delà du secteur sanitaire qui fait déjà l'objet d'une publication.	2	DREES	2026
21	Etendre les travaux de l'ONDPS à l'ensemble des professions du social et du médico-social en veillant à la bonne adéquation de ces moyens à ces missions nouvelles.	1	ONDPS	A compter de 2025
22	Confier aux instances et réseaux existants (CADOR, réseaux de la DREES en région) une mission relative à la déclinaison territoriale des études et données RH, en	3	CADOR, réseaux de la DREES en région	2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	veillant à associer les observatoires régionaux de santé (ORS) dès que possible			

SOMMAIRE

SYNTHÈSE.....	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	8
SOMMAIRE.....	12
RAPPORT.....	2
1 LE MANQUE D'OUTILS ET LA DISPARITE DES DONNEES ENTRAVENT LA CAPACITE DES POUVOIRS PUBLICS A DEPLOYER UNE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES DANS LE CHAMP SOCIAL	7
1.1 AUX COTES DES MISSIONS DE REGULATION BUDGETAIRE, FINANCIERE ET REGLEMENTAIRE QUI NECESSITENT L'UTILISATION DE DONNEES RH PAR LES POUVOIRS PUBLICS, LES MESURES PRISES POUR FAIRE FACE AU DEFAUT D'ATTRACTIVITE ONT FAIT EMERGER DE NOUVEAUX BESOINS	7
1.1.1 <i>Bien que la régulation budgétaire et financière du secteur par les pouvoirs publics ait un impact direct sur la masse salariale des établissements et services en tant que principal poste de dépenses, sa construction repose sur des hypothèses relativement frustrées.....</i>	8
1.1.2 <i>L'octroi des autorisations et agréments ainsi que la définition de taux d'encadrement ont un impact sur les effectifs employés, mais ne sont pas aujourd'hui utilisés dans le cadre d'un suivi RH du secteur</i>	16
1.1.3 <i>La mise en place sur les derniers exercices de mesures salariales et de plans d'attractivité pour le secteur met en évidence de nouveaux besoins en matière de données... ..</i>	18
1.2 LES DONNEES DONT DISPOSENT AUJOURD'HUI LES POUVOIRS PUBLICS SONT DISPARATES, EPARSEES ET INCOMPLETES.....	22
1.2.1 <i>Pour chaque grande catégorie de données, les informations, lorsqu'elles existent, sont la plupart du temps dispersées entre plusieurs bases</i>	22
1.2.2 <i>Chaque base de données présente des usages potentiels, exploités ou non aujourd'hui, avec des limites réelles qu'elles soient de périmètre, de fraîcheur, de complétude ou de fiabilité</i>	28
1.2.3 <i>Les promesses de la DSN sont réelles mais ne doivent pas être surestimées, et nécessitent un investissement conséquent des administrations et opérateurs dans la fiabilisation des données.....</i>	36
1.2.4 <i>Les données sont hétérogènes entre secteurs et selon les statuts juridiques, ce qui ne permet pas d'avoir une vision globale sur la situation RH des différents champs.....</i>	40
2 MALGRE L'EMERGENCE D'UNE CULTURE DU PILOTAGE PAR LA DONNEE, LE MANQUE DE FRAICHEUR, DE FIABILITE AINSI QUE LA LOURDEUR DE LA COLLECTE NUISENT A L'EFFICACITE ET A LA CREDIBILITE DES REMONTEES EXISTANTES.....	44
2.1 DES LIMITES TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELLES – LE PLUS SOUVENT TRANSVERSES A L'ENSEMBLE DES SECTEURS – NUISENT A LA FIABILITE DES DONNEES ET INDUISENT UN DECOURAGEMENT DES AUTORITES UTILISATRICES COMME DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES	44
2.1.1 <i>Le caractère sous-optimal des SI ne permet pas d'assurer la fiabilisation du système de collecte</i>	44
2.1.2 <i>Les déclarations manquent de suivi et de retour aux établissements et services, ce qui altère toute chance de mise en place d'un cercle vertueux de la donnée</i>	49
2.1.3 <i>Une fraîcheur des données relative, qui permet au mieux de constater, mais pas de piloter</i>	51
2.2 L'EMERGENCE DE LA CULTURE DU PILOTAGE DES RESSOURCES HUMAINES PAR LA DONNEE PASSE PAR UNE MEILLEURE APPRECIATION PAR LES ACTEURS DES ENJEUX DE LA STATISTIQUE PUBLIQUE	52

2.2.1	<i>Le développement de la culture de la donnée pour accompagner le pilotage RH des pouvoirs publics mérite d'être poursuivi à tous les niveaux de décision</i>	52
2.2.2	<i>La clarification des usages de la donnée selon son origine (statistique ou administrative) est un prérequis pour assurer un pilotage RH effectif, dans le respect des règles de la statistique publique.....</i>	54

3 LA CONDUITE D'UNE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES ADAPTEE AUX ENJEUX FINANCIERS ET D'ATTRACTIVITE DU SECTEUR NECESSITE LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE REMONTEES RATIONNALISE REPONDANT AUX BESOINS ACTUELS ET A VENIR DANS LE CADRE D'UNE GOUVERNANCE CLAIRE ET PARTAGEE56

3.1	REDUIRE LA DISPARITE DES DONNEES REMONTEES SELON LES SECTEURS ET SELON LES STATUTS JURIDIQUES ET SE METTRE EN SITUATION D'EXTRAIRE TOUTES LES POTENTIALITES DES INFORMATIONS VEHICULEES PAR LA DSN	56
3.1.1	<i>L'enquête EVAC doit permettre de progresser à court terme de manière importante dans la connaissance de l'étendue des vacances de postes par secteur et par profession</i>	56
3.1.2	<i>Les données de liquidation des indemnités journalières maladie et AT-MP de la CNAM pourraient permettre de disposer d'une vision sur l'absentéisme sans orchestrer de remontées d'information supplémentaires.....</i>	58
3.1.3	<i>Mettre en place une task force administrative en charge de fiabiliser les déclarations sociales des employeurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux</i>	59
3.1.4	<i>Structurer des remontées de données annuelles dans le champ de la petite enfance auprès de la CNAF, en articulation avec le renforcement en cours de la visibilité donnée aux services de PMI et aux autorités organisatrices.....</i>	61
3.1.5	<i>Enrichir et rendre bisannuelle le rythme de remontée de l'enquête de la DREES auprès des établissements et services de la protection de l'enfance.....</i>	66
3.1.6	<i>Adopter une approche proportionnée en fonction des besoins de pilotage du secteur de la santé, notamment vis-à-vis des établissements de santé privés</i>	67
3.1.7	<i>S'assurer de la qualité de la donnée dans le champ médico-social et de sa plus large exploitation et publication, tout en réfléchissant à une accélération du rythme de remontée des données.....</i>	69
3.2	CREER UN CERCLE VERTUEUX DE LA DONNEE RH : SIMPLIFIER, AUTOMATISER ET AMELIORER LA RESTITUTION DES RESULTATS AUX ACTEURS.....	70
3.2.1	<i>Favoriser l'interopérabilité des systèmes d'information avec les bases de données et généraliser les imports automatisés entre ces mêmes bases au niveau national</i>	70
3.2.2	<i>Un meilleur suivi des indicateurs et des données produites pour éviter les redites et augmenter ainsi le taux d'alimentation.....</i>	72
3.2.3	<i>Favoriser la production de données utiles à tous les niveaux de pilotage grâce à une donnée suffisamment fraîche et restituée aux établissements.....</i>	73
3.3	MIEUX OUTILLER LES POUVOIRS PUBLICS POUR PERMETTRE LA DEFINITION ET LE PILOTAGE D'UNE POLITIQUE RH POUR LE SECTEUR	75
3.3.1	<i>La fiabilisation des sous-jacents RH utilisés dans le cadre de la construction budgétaire doit permettre une prévision plus proche des besoins du secteur</i>	75
3.3.2	<i>Il est indispensable d'améliorer la capacité des pouvoirs publics à évaluer l'impact des mesures salariales nouvelles, en particulier financier</i>	77
3.3.3	<i>Pour le secteur privé non lucratif, dont les mesures RH ont un impact fort sur les finances publiques, une révision de la procédure d'agrément doit redonner une réelle capacité de pilotage à l'Etat comme aux départements</i>	78
3.3.4	<i>Les chantiers de mise en place d'une capacité de suivi des tensions RH sur le secteur doivent être poursuivis et priorisés, avec pour cible la construction d'un tableau de bord trimestriel et l'instauration d'une veille renforcée sur les bas salaires.....</i>	80

3.3.5	<i>La prospective sur le besoin en RH en santé doit être fiabilisée et étendue aux autres champs</i>	83
3.3.6	<i>Un meilleur outillage du niveau territorial conditionne la mise en place et le pilotage d'une politique RH adaptée aux enjeux locaux</i>	83
3.4	METTRE EN PLACE UNE GOUVERNANCE CLAIRE ET RESPONSABILISANTE, AFIN DE GARANTIR LE DEPLOIEMENT DE LA FEUILLE DE ROUTE ET DE VEILLER AU RESPECT D'UNE LOGIQUE DE SIMPLIFICATION DECLARATIVE	85
LISTE DES ANNEXES		89
ANNEXE 1 : TABLEAU SYNTHETIQUE DES EVOLUTIONS PROPOSEES EN TERMES DE COLLECTE ET PRODUCTION DE DONNEES		90
ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE DES BASES DE DONNEES		92
ANNEXE 3 : PRINCIPAUX ORDRES DE GRANDEUR DANS LES SECTEURS SOCIAL, MEDICO-SOCIAL ET SANITAIRE		106
LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES		112
SIGLES UTILISÉS		126
LETTRE DE MISSION		127

RAPPORT

[20] Par lettre datée du 3 juillet 2024, la ministre du travail, de la santé et des solidarités a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales de mener une mission d'expertise relative à l'amélioration des données et des outils dont disposent les pouvoirs publics pour piloter et réguler la masse salariale et les effectifs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. La lettre de mission intègre explicitement dans le champ des investigations les secteurs de la protection de l'enfance et de la petite enfance. Composée de Noor-Yasmin Djataou, Denis Le Bayon et Clémence Marty-Chastan, cette mission fait partie d'un triptyque de missions du programme de travail de l'IGAS de 2024-2025 consacrées à l'attractivité des métiers du champ social. Les deux autres missions portent, pour l'une sur les enjeux de recrutement des professionnels dans les métiers en tensions qui doit passer par un meilleur appariement de l'offre et de la demande, pour l'autre sur l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail dans les métiers du social et du médico-social.

[21] L'objectif principal confié à la mission était de réaliser un état des lieux des carences en termes de données et d'outils de pilotage et de régulation par les pouvoirs publics de la masse salariale ainsi que des effectifs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Elle formule sur cette base des propositions pour améliorer ces outils dans une logique de suivi budgétaire et prospectif, ainsi que de conduite d'une politique d'attractivité dans un contexte de pénurie de personnels pour certaines professions et secteurs. L'enjeu sous-jacent est de mieux outiller les pouvoirs publics et leur permettre de concevoir une politique de ressources humaines la plus complète possible pour ces secteurs et qui intègre l'ensemble des dimensions citées (budgétaire, financière, prospective, d'attractivité, d'appariement entre l'offre et la demande, etc.).

[22] Il s'agissait d'une mission dite d'expertise, centrée sur les outils, qui n'avait donc pas vocation à évaluer les effets et le coût des différentes mesures de revalorisation prises dans la période récente, ni à se prononcer sur la nécessité d'éventuelles nouvelles mesures. L'approche adoptée par la mission a eu pour objectif de dresser le constat des usages actuels des données, et de mesurer leur adéquation aux besoins.

Quel périmètre de la mission ?

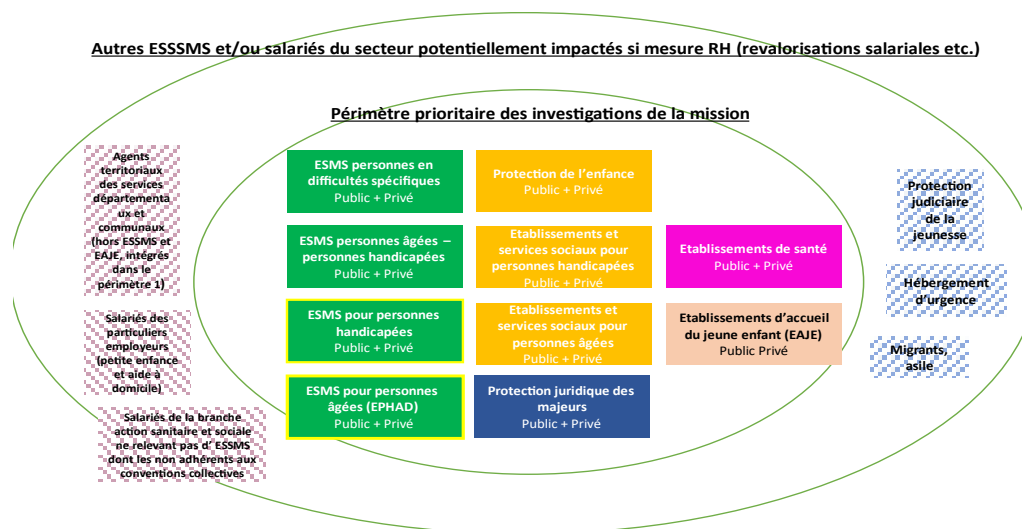
[23] L'une des principales forces de la mission, mais aussi sa principale limite, réside dans l'ampleur du périmètre qui lui est dévolu. Aussi, pour faciliter la compréhension du panorama dressé et s'assurer d'une prise en compte d'un périmètre le plus complet possible, dans un contexte de multitudes d'établissements et services, et de financeurs, la mission s'est attachée à adopter plusieurs grilles d'analyse, mais d'en suivre une principale qu'est l'entrée par type d'établissements et services.

[24] Aussi sont intégrés dans le champ d’investigation de la mission, tel que présenté dans le schéma ci-dessous :

- **Les établissements de santé** tels que définis à l’article L. 6111-1 du code de la santé publique¹ ;
- **Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)** tels que définis par l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles. Le périmètre principal proposé en terme d’ESSMS inclut la **protection de l’enfance**, mentionnée dans la lettre de mission, ainsi que les **services d’aide à domicile** (SSIAD – services de soins infirmiers à domicile et SAD – services d’aide à domicile). Parmi les établissements et services dont les financements relèvent de périmètres ministériels autres que celui du ministère des solidarités (protection judiciaire de la jeunesse, hébergement d’urgence, migrants et politique d’asile), la mission s’est concentrée sur l’investigation des structures d’hébergement d’urgence, par le biais de rencontres de DREETS ;
- **Les établissements d’accueil du jeune enfant – EAJE**, tels que mentionnés au 2° du I de l’article L. 214-1-1 du code de l’action sociale et des familles et définis à l’article L. 2324-1 du code de la santé publique.

[25] Enfin, au sein de ce périmètre, la mission s’est attachée à intégrer dans son champ d’analyse l’ensemble des établissements et services, quels que soient leurs statuts, publics, privés, à caractère lucratif et non lucratif. Le schéma ci-dessous résume, dans le premier cercle, le périmètre d’investigation de la mission.

Schéma 1 : Le périmètre retenu par la mission



Source : Schéma réalisé par la mission

En vert, les ESMS financés à 100 % par les ARS à travers les dotations ; en jaune les ESMS financés à 100 % par les départementaux ; en vert et jaune les ESMS cofinancés par les ARS et les départements.

¹ 2 989 établissements de santé au 31 décembre 2020, dont 1 347 hôpitaux publics, 972 cliniques privées et 670 établissements privés à but non lucratif - DREES, Les établissements de santé, édition 2022.

Qu'est-ce que le pilotage de la masse salariale ? En quoi s'intègre-t-il dans un pilotage plus global de la politique des ressources humaines ?

[26] La notion de pilotage de la masse salariale mérite d'être éclairée afin d'en saisir les enjeux et de préciser les cas d'usage associés : dans quel objectif ? A quel niveau ? Par quels acteurs ?

[27] On peut appréhender le pilotage de la masse salariale comme **l'ensemble des actions et des outils déployés pour anticiper, analyser, suivre et optimiser les dépenses liées aux rémunérations, mais aussi à l'évolution de carrière des salariés et agents d'un secteur.**

[28] Ce pilotage renvoie assez naturellement au niveau opérationnel puisqu'il est **au cœur même de la gestion des ressources humaines des établissements et services.** Cette gestion des ressources humaines nécessite la production d'un certain nombre de données RH, qui sont souvent appréhendées par leurs utilisateurs à travers cet unique objectif opérationnel, et sont donc principalement récoltées à des fins de gestion d'un service ou un établissement.

[29] **La gestion des ressources humaines à l'échelle locale doit être différenciée de la politique des ressources humaines menée par les pouvoirs publics.** En effet, sans contrevenir au principe d'autonomie de gestion des établissements et services, il existe un enjeu de connaissance des déterminants de la masse salariale, et RH au sens plus large, par les différents acteurs de régulation et de tarification et cela au niveau national, régional mais aussi départemental. A leur niveau, ils disposent de plusieurs leviers de décision qui soit influent directement sur les RH du secteur soit orientent la gestion des RH : levier salarial, levier budgétaire notamment par la définition même du glissement vieillesse-technicité (GVT), levier de tarification, levier du volume d'entrées en formation, etc.

[30] **Ce pilotage des ressources humaines, par-delà le pilotage de la masse salariale, se traduit d'abord par une régulation budgétaire et financière du secteur par les pouvoirs publics.** Elle tient compte des déterminants RH remontés par les établissements et services et comporte par construction des effets sur leur gestion de leur masse salariale. Ces effets ne sont d'ailleurs pas identiques selon les champs d'activité et les secteurs. L'Etat intervient par exemple directement dans la définition de la politique salariale au sein de la fonction publique hospitalière, et oriente largement les revalorisations des professionnels de la fonction publique territoriale. Ce pilotage stratégique est parfois très indirect : sans que les déterminants RH soient parfois explicitement pris en compte, les décisions publiques notamment budgétaires ont de fait un impact sur les ressources humaines du secteur au regard du poids que représentent les dépenses de masse salariale dans le total des charges. En tant que poste principal de dépenses des établissements, la masse salariale est en effet un déterminant majeur de l'évolution des dépenses publiques consacrées au secteur sanitaire et médico-social, en ce qu'elle représente entre 70 et 90 % des charges des établissements et services². Au niveau agrégé, l'enjeu représente près de 80 Md€³ et plus de 2 millions de professionnels (700 000 ETP dans les établissements et services médico-

² Les coûts salariaux globaux représentent le poste de dépenses principale des ESSMS (entre 80 et 95 %), qu'ils soient associatifs, à but commercial ou publics – ANAP, Etat des lieux des indicateurs ressources humaines dans le secteur médico-social, avril 2021. Ils représentent 70 % de la dépense des établissements publics de santé.

³ Les dépenses de personnels représentent pour les seuls établissements publics de santé, en 2021, 56,3 Mds€ dont 38 Mds€ pour le personnel non médical. La masse salariale est de 7 Mds€ en 2020 pour les cliniques privées (source : Drees). La masse salariale du secteur social et médico-social non lucratif est de 13,7 Mds€ (source : DGCS).

sociaux⁴; 200 000 professionnels environ dans les établissements d'accueil du jeune enfant⁵ ; 1,1 million de postes de personnel non médical salarié, soignant ou non, dans les établissements de santé⁶ et 63 000 ETP dans le secteur de la protection de l'enfance⁷).

[31] **En complément**, dans un contexte de forte tensions RH ces dernières années dans la plupart des métiers de ces champs (infirmières, aides-soignantes, aides à domicile, auxiliaire de puériculture etc.), **les besoins en matière de suivi par les pouvoirs publics et les financeurs de la masse salariale des établissements se sont transformés**. L'enjeu de connaissance et de maîtrise budgétaire de ces dépenses s'est progressivement accompagné de la prise en compte des problématiques de dénombrement des recrutements et vacances de postes dans un contexte de pénurie de professionnels, d'éclairage de la décision publique lors de la conception de mesures nouvelles destinées à remédier à ces tensions et d'estimation des effets budgétaires de ces mesures pour les différents financeurs. **D'autant que depuis ces dernières années, on note une multiplication des décisions de revalorisations financières⁸ dont l'impact a été majeur sur les finances publiques⁹**. Ce pilotage de la politique d'attractivité dans les différents secteurs, s'il n'est pas pleinement acquis, commence à voir le jour et nécessite de véritables outils de prospective pour identifier les tensions, actuelles et à venir, et ainsi être en capacité, non seulement de réagir, mais d'anticiper, à l'image des recommandations portées par le HCAAM dans le secteur sanitaire¹⁰.

[32] **Aussi, pour mieux appréhender la portée la notion de pilotage de la masse salariale, il importe de différencier la gestion des ressources humaines, du ressort des établissements et services au regard de leur autonomie de gestion, de la conduite d'une politique de ressources humaines pour le secteur, qui relève des pouvoirs publics. La prise en compte des données RH répond donc selon les cas à des besoins, et donc des objectifs, différents de pilotage de la part des pouvoirs publics : observation, veille, contrôle, prospective ou encore action.**

Quelle méthodologie pour une mission d'expertise ?

[33] Pour mener à bien ses investigations, la mission a choisi de **concentrer ses échanges avec les services compétents en matière de données sur les différents champs de la mission** : les services de la statistique publique, les directions d'administration centrale concernées ainsi que les opérateurs de l'Etat et caisses nationales de sécurité sociale compétentes, dans un premier temps, avant de rencontrer les autorités de régulation et de contrôle au niveau régional et départemental. La mission a ainsi pu rencontrer les agences régionales de santé (ARS) des régions

⁴ Rapport de branche de la CNSA, 2025 (sur les données 2024).

⁵ Selon les données agrégées des branches.

⁶ Au 31 décembre 2019 selon la publication de la DREES « Les établissements de santé », 2021 : [Fiche 07 - Les postes de personnel non médical salarié.pdf](#)

⁷ L'aide sociale à l'enfance, édition 2024, Tedjani Tarayoun, avec Élisabeth Abassi, Cheikh-Tidiane Diallo, Klara Vinceneux, Panorama de la DREES. Données 2021.

⁸ Engagés avec les mesures du Ségur en 2020, puis les accords « Laforcade » de 2021, la Conférence des métiers en 2022, les mesures Guérini (qui ont fortement impacté le secteur) et les dernières revalorisations en 2024 au sein de la branche de l'action sanitaire et sociale. A cela s'ajoute le « bonus attractivité » dans le secteur de la petite enfance, annoncé en 2024.

⁹ Ces revalorisations représentent 7,9 Mds€ en 2021 au titre du Ségur et 11Mds d'euros au titre de l'ONDAM 2023.

¹⁰ HCAAM, Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires, mars 2024

suivantes : Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Provence-Alpes-Côte d’Azur, Occitanie, Bourgogne Franche-Comté et Ile-de-France. Elle a également échangé avec les directeurs généraux des ARS de Centre-Val de Loire et de Nouvelle Aquitaine. La mission a également échangé avec la DREETS Hauts-de-France et avec les services des conseils départementaux de Seine-Saint-Denis, du Pas de Calais et de la Ville de Paris.

[34] La mission a également rencontré certaines fédérations professionnelles des différentes branches représentatives du secteur couvert, sans viser l’exhaustivité. Les fédérations participent largement à la production de données de ressources humaines, par leur différentes publications (baromètre, bilan, étude etc.), et sont ainsi des acteurs incontournables de cette thématique. La mission a ainsi échangé avec certaines fédérations représentatives de la branche de l’aide à domicile, de la branche associative sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif (Fehap, Nexem et la Croix-Rouge) mais aussi dans le secteur sanitaire, avec la fédération hospitalière de France (FHF), la fédération de l’hospitalisation privée (FHP), la Fehap ainsi qu’Unicancer. Enfin pour les champs de la petite enfance et de la protection de l’enfance, la mission a rencontré une fédération du secteur privé non lucratif, les représentants de la branche des acteurs du lien social et familial (Alisfa), et des acteurs du secteur public, le groupement national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (GEPSO).

[35] Elle a également rencontré des établissements et services dans les différents secteurs couverts par la mission, sans vocation d’exhaustivité là encore, mais pour mieux comprendre leurs cas d’usages, les circuits de remontée de la donnée ainsi que les irritants auxquels ils peuvent être confrontés. La mission a veillé à aller voir tant des établissements et services publics que privés dans leurs différentes composantes (lucratifs et non lucratifs), afin d’appréhender au mieux la diversité des situations et statuts ainsi que leurs impacts en termes de remontées de données. Aussi la mission s’est efforcée de toujours tenir compte de l’impact des évolutions proposées sur les principaux producteurs et utilisateurs des données RH.

[36] La mission a également complété ses investigations par un parangonnage auprès d’entreprises et d’établissements de secteurs éloignés du champ de la mission, mais sur la base de deux critères de similitude :

- Des secteurs qui connaissent des difficultés d’attractivité dans le recrutement de métiers particulièrement en tension (exemple, des techniciens).
- Des groupes ou entreprises qui sont structurés en entités, filiales, et qui sont amenés à questionner la centralisation de la remontée de leurs données RH pour assurer un pilotage global de leurs effectifs.

[37] Elle a ainsi pu rencontrer les directions des ressources humaines, et les services associés, des entreprises suivantes : Engie, Equans, Carrefour, le groupe La Poste, mais aussi l’Union des industries et métiers de la métallurgie. Les apprentissages retirés de ces échanges ont été intégrés dans le corps du rapport.

[38] Le présent rapport propose d’abord un état des lieux des besoins des pouvoirs publics, en lien avec les outils qui sont à leur disposition, pour déployer une politique de ressources humaines dans l’ensemble du champ social (1). Il aborde ensuite les limites techniques et organisationnelles, souvent transverses à l’ensemble des secteurs, dans la remontée, la fiabilisation et l’usage des données RH (2). Enfin, il formule un ensemble de recommandations, stratégiques – en termes de

gouvernance de la donnée – et techniques pour assurer proportionnalité, simplification et symétrie de la remontée des données RH dans l'ensemble du secteur (3).

1 Le manque d'outils et la disparité des données entravent la capacité des pouvoirs publics à déployer une politique de ressources humaines dans le champ social

1.1 Aux côtés des missions de régulation budgétaire, financière et réglementaire qui nécessitent l'utilisation de données RH par les pouvoirs publics, les mesures prises pour faire face au défaut d'attractivité ont fait émerger de nouveaux besoins

[39] **Le champ des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESSSMS)¹¹ mobilise un pilotage par de nombreuses entités publiques différentes** : Etat et ses établissements publics au travers des agences régionales de santé (ARS) et des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale (CNAF et CNSA). Ces entités exercent des missions diverses de régulation budgétaire et financière, de réglementation et de pilotage de politiques publiques.

[40] Si le pilotage de la masse salariale en tant que composante de la gestion des ressources humaines est en premier lieu du ressort des établissements et services sanitaires sociaux et médico-sociaux qui disposent d'une autonomie de gestion¹², **de nombreuses décisions prises par les pouvoirs publics dans le cadre de ces missions orientent ou encadrent de fait la gestion des ressources humaines de ces établissements, dont la masse salariale constitue le principal poste de dépenses**. Selon un degré qui varie en fonction du champ et du statut des établissements et services, les pouvoirs publics tiennent compte de certains déterminants de la masse salariale des ESSSMS dans leurs missions de régulation budgétaire et financière, et exercent généralement au niveau local un suivi de cette même masse salariale.

[41] La situation est spécifique s'agissant des EAJE, dont le modèle économique repose aujourd'hui sur un financement à l'activité – via la prestation de service unique (PSU) ou, pour les certaines micro-crèches, par un remboursement des familles à travers le complément de libre choix du mode de garde (CMG)-, ce qui a de fait eu pour conséquence un manque de visibilité nationale sur les enjeux de ressources humaines en termes d'accueil collectif¹³.

¹¹ Selon l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles

¹² Article L6141-1 du code de la santé publique s'agissant des établissements publics de santé, article L312-1 du code de l'action sociale et des familles s'agissant des établissements médico-sociaux

¹³ L'accueil individuel, hors du champ de la présente mission, est caractérisé pour sa part par un dénombrement à l'unité près des assistants maternels et gardes d'enfant à domicile, à travers les déclarations sociales mensuelles des particuliers employeurs effectuées auprès du centre national Pajemploi, au sein du réseau des URSSAF.

1.1.1 Bien que la régulation budgétaire et financière du secteur par les pouvoirs publics ait un impact direct sur la masse salariale des établissements et services en tant que principal poste de dépenses, sa construction repose sur des hypothèses relativement frustes

1.1.1.1 La régulation budgétaire au niveau national via l'ONDAM repose sur des hypothèses d'évolutions de masse salariale très globales

[42] **Dans le système actuel, la construction des objectifs de dépenses dans le champ sanitaire et médico-social ne repose pas sur des prévisions de masse salariale secteur par secteur. Elle repose sur des estimations globales des principaux déterminants de la masse salariale** : glissement vieillesse technicité (GVT) et impact financier prévisionnel de mesures salariales ou d'attractivité par exemple. L'évolution sous-jacente des effectifs n'est en revanche pas projetée et ne fait pas l'objet d'un arbitrage ni d'un affichage explicite dans les documents budgétaires mais découle implicitement des hypothèses de prévision d'activité retenues. Cette logique de construction budgétaire diffère ainsi assez largement de la pratique observée par la mission auprès des entreprises rencontrées. Pour ces acteurs, la construction du budget de l'exercice à venir s'effectue par agrégation des principaux postes de charges, avec un arbitrage explicite des cibles de progression des effectifs en volume, ainsi que du cadrage du mandat de la négociation annuelle obligatoire et de l'évaluation du GVT s'agissant de l'effet prix.

[43] En premier lieu, la construction de l'**ONDAM-établissement de santé** tient compte d'une hypothèse de GVT dans l'élaboration du tendanciel des dépenses. Récemment, le calcul du GVT a été fiabilisé grâce à la création par la DREES d'un outil de micro-simulation appelé SMASH, qui a pour finalité de simuler l'évolution de la masse salariale des hôpitaux. Ce nouvel outil a permis de simuler le GVT de la fonction publique hospitalière, assurant ainsi la mise à jour de l'hypothèse historiquement retenue depuis la fin des années 2000 dans le cadre de la construction du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Par ailleurs, les mesures nouvelles prises en compte pour la construction de l'ONDAM sont le plus souvent des mesures RH, notamment de revalorisations salariales.

[44] Par ailleurs, la construction du sous-objectif des dépenses relatives aux établissements de santé repose sur une hypothèse de volume d'activité, qui traduit de fait implicitement les charges des établissements nécessaires à la réalisation de cette activité, dont au premier rang la masse salariale¹⁴.

[45] **En ce qui concerne les établissements et services médico-sociaux**, un objectif global de dépenses (OGD) est défini au sein de l'ONDAM (ONDAM médico-social), composé de deux sous-objectifs : le premier concerne les établissements et services d'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie tandis que le second concerne les établissements et services d'accueil des personnes handicapées. L'OGD est construit annuellement en appliquant à l'OGD de l'année n-1 un taux de reconduction, qui tient compte d'une hypothèse d'effet prix appliqué aux dépenses de fonctionnement hors personnel, et d'un effet GVT appliqué à la masse salariale. L'effet GVT est conventionnellement fixé à 0,5 %, par parallélisme avec le GVT évalué par la DREES pour le secteur sanitaire. Il nécessiterait cependant, dans la lignée de ce qui a été réalisé récemment par la DREES s'agissant de la fonction publique hospitalière, d'être aujourd'hui réévalué spécifiquement pour le secteur médico-social. Le potentiel écart avec la réalité des évolutions de

¹⁴ Qui représentent 70 % des charges environ, pour les établissements publics de santé.

la masse salariale peut en effet avoir, naturellement, un impact sur l'équilibre financier des structures. Le calcul de l'effet GVT repose par ailleurs sur une hypothèse historique de part de la masse salariale dans les charges (89 % des charges du secteur PA et 75 % des charges du secteur PH) qui mériterait de faire l'objet d'une évaluation permettant d'objectiver ces clés de répartition (par exemple au regard de la dynamique haussière des salaires induite par les mesures Ségur, Laforcade, Castex et Ségur II prises depuis 2020 dans le champ médico-social, qui peut avoir notablement déformé cette répartition).

[46] Le taux de reconduction de l'OGD inclut également certaines mesures nouvelles relatives à la masse salariale (au titre de 2024, l'amélioration des taux d'encadrement soignant non médicaux dans les EHPAD par exemple). Des mesures nouvelles peuvent venir en outre couvrir des revalorisations salariales (hausse du point d'indice, revalorisations générales de la fonction publique, mesures d'attractivité comme les revalorisations des sujétions de nuits, dimanches et jours fériés). En revanche, pour être introduite dans le taux de reconduction, une mesure nouvelle doit pouvoir s'appliquer uniformément à un ensemble d'établissements soumis à la même équation tarifaire : pour cette raison, les revalorisations salariales sectorielles (fonction publique, ou branche de l'action sanitaire et sociale, etc.) ne sont pas incluses dans le taux de reconduction.

[47] A noter qu'au-delà de l'OGD, principal financeur des ESMS¹⁵, des procédures budgétaires propres existent s'agissant des conseils départementaux ou du budget de l'Etat.

1.1.1.2 Il existe une procédure de régulation de la masse salariale spécifique aux établissements et services sociaux et médico-sociaux privés non lucratifs, dite procédure d'agrément

[48] **Dans le champ social et médico-social, en complément de cette régulation budgétaire macro, une régulation spécifique de la masse salariale des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) privés non lucratifs est effectuée par la DGCS au regard de la part de financement public allouée, et de manière plus spécifique, de l'enjeu d'opposabilité de ces accords à une pluralité de financeurs.** Ces structures, au nombre d'environ 30 000, représentent 30 % des EHPAD dans le champ des personnes âgées ; elles couvrent 85 % des professionnels des établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap et 73 % des professionnels de l'aide sociale à l'enfance¹⁶. Leur masse salariale brute représente 22,5 Md euros en 2023 pour 703 000 ETP¹⁷. Historiquement, ces établissements et services font l'objet d'une procédure de régulation spécifique de la masse salariale.

[49] Pour les ESSMS privés non lucratifs, la DGCS détermine un taux d'encadrement annuel de la masse salariale, retranscrit dans un rapport qu'elle réalise et qui est remis annuellement au Parlement. L'article R. 314-199 du code de l'action sociale et des familles précise que les paramètres d'évolution de la masse salariale sont fixés au regard notamment :

- Des orientations nationales ou locales en matière de prise en charge des personnes ;

¹⁵ 33,4 Md euros dans le PLFSS 2025.

¹⁶ Rapport pris en application de l'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 sur les « exclus » du Ségur.

¹⁷ Rapport relatif à l'agrément des accords collectifs 2024, DGCS.

- Des mesures législatives ou réglementaires ayant une incidence sur la masse salariale des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des services concourant à leur fonctionnement du siège de leurs organismes gestionnaires.

[50] Le décret précise que « ces paramètres peuvent également varier compte tenu de l'évolution prévisionnelle des rémunérations des personnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux compte tenu de leur ancienneté ou de leur qualification ».

[51] Dans les faits, ce taux est fixé uniquement en fonction de l'OGD. Il résulte de la combinaison d'un taux d'évolution de la masse salariale, de celui des autres charges et des éventuelles mesures nouvelles. La quote-part de la masse salariale par rapport aux charges totales des établissements est la même que celle utilisée dans le cadre de la construction de l'OGD, et nécessiterait donc de la même façon d'être actualisée.

[52] Le taux d'évolution de la masse salariale chargée déterminé dans les travaux de construction du PLFSS s'applique donc de fait aux différents financeurs, dont les conseils départementaux, et leur est opposable : les financements octroyés devront tenir compte du taux d'évolution et de sa répartition.

[53] **En outre, les articles L. 314-6 et R. 314-197 à R. 314-200 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoient et organisent les principes de cette procédure « d'autorisation » dite procédure d'agrément ministériel.** Pour prendre effet et s'imposer aux autorités de tarification, les conventions collectives, conventions d'entreprise ou d'établissement applicables au personnel des établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif¹⁸ **doivent être agréées par le ministre compétent après avis de la commission nationale d'agrément (CNA) où sont représentés les élus locaux**¹⁹.

[54] Cette procédure, qui date de 1975, concerne deux types de conventions collectives de travail :

- Les conventions collectives nationales portées par les branches du secteur social et médico-social à but non lucratif (branche sanitaire sociale et médico-sociale à but non lucratif (BASS) et branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD)). Cela représente en 2023 14 accords soumis à l'agrément pour un coût de 142 M€ ;
- Les accords locaux négociés et applicables aux ESSMS privés à but non lucratif. Cela représente 519 accords instruits en 2023.

[55] La grande majorité des établissements et services concernés par cette procédure relèvent de la BASS et de la BAD²⁰.

¹⁸ Cette disposition ne s'applique pas dès lors que les ESSMS sont signataires avec une ARS d'un CPOM.

¹⁹ Article L. 314-6 du CASF.

²⁰ Voir schéma ci-dessous issu du rapport annuel relatif à l'agrément des accords collectifs de 2024 – Direction générale de la cohésion sociale

[56] **La soutenabilité financière est la condition *sine qua non* de l'agrément des accords.** En effet, la procédure d'agrément a été instaurée dans une logique de maîtrise des dépenses de fonctionnement des ESSMS²¹ associatifs aux financeurs pluriels, ce qui induit de sécuriser les structures sur le juste financement de leurs accords lorsqu'ils sont estimés recevables. En contrepartie de cette obligation d'agrément préalable, le législateur a instauré une opposabilité des accords agréés aux autorités de tarification, dans un cadre financier préalablement établi.

La procédure d'agrément est applicable aux employeurs de services et établissements relevant principalement du champ social et médico-social suivant :

Intitulé de la branche professionnelle	Nom de la convention collective nationale	Organisation professionnelle représentative des employeurs	
Branche associative sanitaire et médico-sociale à but non lucratif (BASS)	Etablissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP)	AXESS
	Etablissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) de 2010 Croix Rouge Française (CRF)	NEXEM	
	Personnel salarié de grandes associations régi par accords d'entreprise : ex. France Terre d'Asile, l'Arche en France ou encore le réseau du groupe SOS	France Terre d'Asile...	
	Employeur n'adhérant à aucune organisation professionnelle		
	UNISSS (non étendu)	Etablissements médico-sociaux de l'union intersyndicale des secteurs sanitaires et sociaux de 1965	
Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) (étendue)	Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010	ADEDOM	USB- Domicile
		ADMR	
		FNAAP/CSF	
		UNA	

²¹ Rapport IGAS « Evaluation de la procédure d'agrément des conventions et accords collectifs d'entreprise et d'établissement du secteur social et médico-social », septembre 2012

[57] **Toutefois, la DGCS ne dispose pas des données suffisantes pour exercer pleinement cette mission d'évaluation**, qui nécessite de pouvoir contre-expertiser finement les données transmises par les acteurs. Bien que les partenaires sociaux doivent accompagner le dépôt de leurs accords d'un rapport décrivant l'impact financier pour le ou les financeurs, la DGCS ne dispose pas des éléments suffisants pour apprécier l'ensemble des impacts sur la masse salariale, notamment lorsqu'il s'agit de mesures sectorielles. Les contrôles de cohérence qu'elle peut réaliser sont limités. En effet, les classifications propres aux différentes conventions collectives n'ont pas de cohérence entre elles et peuvent recouvrir un panel de professionnels distincts. La DGCS ne dispose pas aujourd'hui des moyens d'estimer l'impact exact d'une revalorisation sectorielle sur l'ensemble des classifications, ni d'évaluer leur coût futur au regard de l'évolution des carrières. Par ailleurs, l'estimation du coût complet des mesures par type d'employeur, incluant les différentes cotisations et contributions sociales, est aujourd'hui complexe à réaliser en l'absence de données à disposition de la DREES ou de la DGCS sur les cotisations et contributions patronales acquittées par les employeurs : en effet, compte tenu de leur éligibilité aux allègements généraux de cotisations sociales, le taux effectif de prélèvements sociaux patronaux varie pour chaque structure en fonction de sa structure de rémunération (avec un taux moindre pour les associations présentant un niveau relatif limité de rémunération, du fait du caractère dégressif des allègements généraux jusqu'à 1,6 SMIC).

[58] **Dans le cadre des négociations relatives à la mise en place d'une convention collective unique nationale étendue (CCNUE) au sein du secteur de l'action sanitaire et sociale, la DGCS exprime également le besoin de nombreuses données RH pour estimer en amont le coût d'un éventuel accord pour les différents financeurs** (assurance maladie, CD, Etat) : estimation du coût de la convergence, effet du repositionnement des salariés qu'il faut ensuite traduire dans l'objectif de dépenses. Ce besoin soulève des difficultés méthodologiques similaires à celles évoquées pour l'évaluation de l'effet financier des accords soumis à agrément.

1.1.1.3 **Au niveau local, les données RH ne sont qu'indirectement et ponctuellement utilisées dans l'allocation de ressources et le dialogue budgétaire avec les établissements et services**

[59] Si les agences régionales de santé peuvent être amenées à prendre en compte la situation propre à certains établissements et services dans le cadre d'un dialogue budgétaire, au travers de leur mission d'allocation de ressources aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux, les données RH ne sont souvent que peu prises en compte dans la fixation du niveau de ressources allouées. Les modes de financement ne donnent la plupart du temps qu'une place limitée au niveau local, de telle sorte que certaines ARS considèrent que leur rôle en matière de pilotage de la masse salariale n'est pas avéré. Ces mêmes ARS ont d'ailleurs partagé à la mission leur besoin de ne disposer que d'un strict minimum d'informations dans l'objectif de projeter les grandes tendances macro de leur région. On observe dans d'autres ARS une conception plus affirmée de leur rôle en matière de pilotage financier de la masse salariale des établissements, dans le respect de l'autonomie de gestion des établissements.

[60] **Dans le cadre de la tarification des établissements médico-sociaux**, la mise en place de la réforme de la contractualisation a inscrit la fixation des dotations dans un cadre normé de dialogue, pour l'ensemble des établissements quel que soit leur statut. Annuellement et par région, un taux d'évolution moyen alloué aux ESMS, avant mesures nouvelles, est déterminé en

fonction du taux d'évolution nationale. **L'application du taux d'actualisation peut être modulée en fonction de la situation propre à chaque ESMS, mais la prise en compte en tant que telle des coûts de fonctionnement des structures et donc de la masse salariale n'est pas le principe.** Les CD sont signataires des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour les établissements et services qui relèvent de leur compétence.

[61] **Une différence existe entre EHPAD et établissements pour personnes handicapées :** alors que les EHPAD font l'objet d'une équation tarifaire unique, les recettes étant définies au regard des caractéristiques du public accueilli, quel que soit le statut de l'établissement, les EPH sont sous dotation globale de financement, ce qui signifie que la fixation des dotations se fait dans un dialogue budgétaire avec l'ARS, au sein duquel les charges de l'établissement peuvent être le cas échéant prises en comptes.

[62] **S'agissant des établissements sanitaires, la tarification est nationale mais des ressources sont allouées au niveau local :** enveloppes régionales du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) sur la base d'une contractualisation avec les établissements, missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation. **Les données RH sont prises en compte dans ces allocations de manière variable et ad hoc.**

[63] Enfin, les crédits du FIR sont alloués aux établissements par les ARS. Les critères d'allocation sont l'activité des établissements, leur budget de base ou encore des appels à projets, les données RH étant prises en compte de manière variable.

[64] **En ce qui concerne la distribution des enveloppes exceptionnelles déléguées au niveau régional** (crédits du Ségur, compensation financière résultant de l'accord du 4 juin dans la BASS) elle s'est faite selon des méthodologies très variées et dépendantes notamment des données à disposition des ARS : allocations forfaitaires, répartition sur la base des dotations allouées parfois pondérées par des coefficients de co-financement et d'ETP éligibles par catégorie d'ESMS, répartition sur la base du nombre d'ETP et des coûts moyens. **En tout état de cause, les acteurs soulignent la difficulté à allouer les crédits au plus proche de la réalité des impacts pesant sur chaque type d'établissement.** Ils soulignent en particulier la difficulté à identifier la convention collective dont relèvent les ESMS ou en leur sein le nombre d'effectifs concernés par les revalorisations pour chaque établissement.

[65] **S'agissant des établissements et services de protection de l'enfance, l'autorité de financement est le conseil départemental. Le mode de financement est le prix de journée.** La loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants a introduit la possibilité de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les conseils départementaux, qui peut prévoir une modulation des tarifs en fonction d'objectifs d'activité définis. Un tableau des effectifs est réalisé et discuté avec l'autorité de tarification. De la même façon que pour les autres catégories d'établissements et services cités, **la masse salariale fait l'objet d'un regard des autorités de tutelle, mais qui reste global et sans effet en matière de pilotage dans un mode de financement qui dépend du nombre de mesures de placement et d'actions éducatives.**

[66] **Au niveau des DREETS, le constat est similaire :** les dotations et leurs critères de répartition relèvent essentiellement du niveau national (dotation déléguée en fonction du nombre de places sous subvention pour les CHRS, dotation régionale limitative pour les établissements de protection juridique des majeurs avec des critères de répartition décidés au niveau national), avec

une marge de manœuvre très limitée au niveau régional pour déléguer des crédits ou prendre en compte des situations RH, qui au demeurant ont du mal à être objectivées faute de données normées.

1.1.1.4 Si le suivi de l'exécution de la masse salariale des établissements n'occupe pas une place centrale dans la diversité des missions réalisées au niveau local, on observe plusieurs cas d'usage des données RH des documents budgétaires et comptables

[67] **Au niveau micro, si le pilotage de la masse salariale est en premier lieu du ressort des établissements et services qui disposent d'une autonomie de gestion²², les ARS et les conseils départementaux réalisent un suivi budgétaire et des investissements des établissements et services sanitaires et médico-sociaux de leur champ, qui reste néanmoins variable.**

[68] **Ce suivi repose sur une réception des états budgétaires et financiers des organismes gestionnaires dans le cadre des campagnes budgétaires²³.** Sont soumis à l'obligation de fournir ces documents : les établissements publics de santé, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (mais donc pas dans le champ sanitaire les établissements privés à but lucratif) et les établissements et services médico-sociaux quel que soit leur statut. Ces documents budgétaires comprennent des données comptables permettant de disposer d'une vision assez fine de la masse salariale et de ses principales composantes, ainsi qu'une annexe présentant le tableau prévisionnel – ou réalisé une fois l'exercice clôturé – des effectifs rémunérés par catégorie d'emploi. Les ARS sont tenues de procéder à la validation des documents déposés dans le cadre des différentes campagnes budgétaires²⁴.

[69] **Le degré d'examen et de contrôle de ces documents budgétaires et comptables est très disparate selon les ARS, et globalement davantage réalisé s'agissant des établissements sanitaires**, bien moins nombreux que les établissements médicaux sociaux à l'échelle d'une région. Ainsi, de nombreuses ARS limitent l'examen approfondi de ces documents budgétaires au cas des établissements en difficulté, dans le cadre du suivi de plans de retour à l'équilibre ou contrats de retour à l'équilibre financier, quelle que soit la dénomination qui en est retenue par les agences dans leurs échanges avec les établissements.

[70] **Dans le domaine sanitaire, ce suivi, quand il existe, ne concerne par ailleurs que les établissements publics de santé et les ESPIC** : s'agissant des établissements privés sanitaires, qui représentent 33% des structures sur le territoire en 2022²⁵, aucun document budgétaire n'est remonté, ni pour les établissements privés non lucratifs qui ne relèvent pas de la catégorie des ESPIC mais qui sont très peu nombreux.

²² Article L. 6141-1 du code de la santé publique s'agissant des établissements publics de santé, article R 314-3 du code de l'action sociale et des familles s'agissant des établissements médico-sociaux

²³ Etats prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD), rapports infra-annuels et EPRD pour les établissements publics de santé et ESPIC, EPRD et états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) pour les établissements et services médico-sociaux sous contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), budgets prévisionnels et comptes administratifs pour les ESMS hors CPOM.

²⁴ Selon l'article L. 6143-4 du CSP, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (à l'exclusion des annexes), ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 sont réputés approuvés si le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par décret.

²⁵ Les établissements de santé en 2022, DREES.

[71] Par ailleurs, depuis la fin de l’approbation par les ARS des organigrammes théoriques des ESMS (selon l’article L. 314-7 du CASF), les ARS ne se prononcent plus sur les prévisions en matière de ressources humaines et les données RH ne sont pas opposables (à l’exception du médecin coordinateur).

[72] **La mission a observé divers cas d’usages des données RH présentes dans les états budgétaires et financiers selon les ARS :**

- La mission a pu observer l’existence de pratiques de certaines ARS d’utilisation de données RH à des fins de **calcul de l’efficacité de l’activité**, mais ces démarches apparaissent minoritaires. Certaines ARS (c’est par exemple le cas de l’ARS Sud – PACA) exploitent la fenêtre de tir que constitue le dialogue avec l’établissement sanitaire sur un projet d’investissement pour analyser l’efficacité de la masse salariale, ou sa ventilation par activité ;
- **Les « coûts postes » permettent également d’analyser et d’objectiver les crédits non renouvelables (CNR) ou les dotations du fonds d’intervention régional (FIR)** que l’agence peut allouer aux ESSMS de la région sur la thématique RH, ce qui intègre par exemple le coût des formations ou des actions en faveur de l’amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) ;
- **Concernant les établissements médico-sociaux spécifiquement**, les ETP issus de ces documents peuvent être utilisés pour calculer des taux d’encadrement – sans que ces derniers soient opposables (excepté pour les médecins coordinateurs en EHPAD). Ils permettent également de mieux appréhender l’accompagnement des EHPAD les plus en difficulté, afin d’estimer l’impact de la masse salariale dans le déséquilibre global.

[73] **S’agissant des établissements de protection de l’enfance, un suivi budgétaire est réalisé dans le cadre de la procédure budgétaire et du dialogue de gestion avec les conseils départementaux.** Les documents budgétaires transmis comportent des éléments d’effectifs et de masse salariale, notamment un tableau des effectifs. Le degré de profondeur du dialogue sur la base de ces éléments avec les établissements est fonction de chaque CD, mais au regard du nombre d’établissements le suivi des éléments de masse salariale se fait de manière ponctuelle. Ces données ne font pas l’objet d’une consolidation au niveau national. Enfin, des taux d’encadrement ne sont prévus par les textes que pour les pouponnières (accueillant des enfants de moins de trois ans)²⁶.

1.1.1.5 Des données RH, notamment issues des tableaux de bord de la performance du médico-social, peuvent être utilisées dans le cadre de la négociation et du suivi des CPOM

[74] **Les éléments RH compris dans les documents budgétaires et comptables ainsi que dans le tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux²⁷ sont discutés dans le**

²⁶ Arrêté du 28 janvier 1974 relatif à la réglementation des pouponnières.

²⁷ Conçue initialement par l’agence nationale d’appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP) en 2009 et déployée progressivement à partir de 2015, cette base, dont la gestion est aujourd’hui confiée à l’agence technique de l’information hospitalière (ATIH), permet de disposer d’une vision consolidée, à la fin de l’année N+1, sur les effectifs globaux ainsi que par type de fonctions des

cadre de la négociation des CPOM. La masse salariale est alors abordée en tant que déterminant majeur de la trajectoire budgétaire et donc constitutif du pilotage financier des structures. Certains acteurs, ARS et CD, ont également mentionné utiliser des indicateurs RH issus du tableau de bord de la performance pour alimenter le diagnostic RH avec les structures dans le cadre de la négociation, notamment en cas de tension²⁸. Les territoires pour lesquels le tableau de la performance affiche un taux de remplissage important sont plus allants dans l'utilisation des données RH, qui sont considérées comme davantage fiabilisées.

1.1.1.6 Dans le cas de la petite enfance, les données RH ne sont à ce jour que peu utilisées dans le cadre de la régulation budgétaire

[75] S'agissant des établissements d'accueil du jeune enfant, aucun suivi budgétaire des structures n'est réalisé postérieurement à la procédure d'agrément (cf. ci-dessous). Les modes de financement, via la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) ou la prestation de service unique (PSU), ne reposent en effet que sur des données d'activité et pas sur des données de charges, *a fortiori* salariales. Il n'y a donc pas de remontée aux pouvoirs publics ni d'utilisation de données RH dans ce cadre. Les données RH au sein des structures sont donc aujourd'hui uniquement appréciées de manière macro, au travers des enquêtes emploi de l'INSEE exploitées par la DARES, d'estimations des branches professionnelles (mais environ 70 000 professionnels ne seraient couverts par aucune convention collective), ou encore par le biais de l'enquête pénurie menée par la CNAF en 2022.

1.1.2 L'octroi des autorisations et agréments ainsi que la définition de taux d'encadrement ont un impact sur les effectifs employés, mais ne sont pas aujourd'hui utilisés dans le cadre d'un suivi RH du secteur

1.1.2.1 Dans le cadre de la délivrance des autorisations et agréments ainsi que des opérations de contrôle

[76] S'agissant des établissements sanitaires et médico-sociaux, les autorisations sont délivrées par les agences régionales de santé. Les inspections et contrôles d'EHPAD portent sur la bonne application des dispositions réglementaires, les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement, la sécurité et la qualité globale des prises en charge des résidents et le respect de leurs droits. S'agissant des EHPAD, les contrôles sur pièces portent fréquemment sur le volet RH. La matrice de pré ciblage tout comme la matrice de contrôle utilisées dans le cadre des inspections-contrôles contiennent de nombreux éléments RH, issus des données budgétaires, des comptes administratifs et des tableaux de la performance.

établissements et services médico-sociaux. Plus de 260 données y sont intégrées, dont une partie sont des données RH (9 catégories de données en tout).

²⁸ Pour faciliter les échanges avec les établissements, la direction de l'offre médico-social de l'ARS PACA a par exemple mis en place une enquête régionale annuelle portant sur les objectifs des CPOM, afin d'anticiper de potentielles difficultés, qui peuvent être de nature RH, et accompagner les établissements avant qu'il ne soit trop tard.

[77] En ce qui concerne les EAJE, des données RH sont remontées auprès des conseils départementaux via les services de protection maternelle infantile dans le cadre de la procédure d'agrément²⁹. Ces données, qui portent sur le personnel (nombre, qualification, temps de travail) doivent être remontées au sein du système d'information de la CNAF. Des contrôles peuvent être réalisés par les conseils départementaux afin de vérifier le respect de l'agrément et que les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement des établissements ou des services ne présentent pas de risques susceptibles de compromettre ou menacer la santé, la sécurité, le bien-être physique ou mental ou l'éducation des enfants accueillis³⁰.

1.1.2.2 Définition et contrôle du respect des normes d'encadrement

[78] La définition et le contrôle du respect de normes d'encadrement, définies comme le rapport entre les effectifs de personnels en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places au sein d'établissements ou services, nécessite une vision claire du dénombrement des effectifs par établissement /services et par fonction qui n'est que rarement disponible au global.

[79] Dans le secteur sanitaire, seules certaines activités de soin sont soumises au respect de ratios d'encadrement, tant paramédical que médical (néonatalogie et réanimation néonatale, traitement des grands brûlés, réanimation et soins intensifs).

[80] Dans le secteur médico-social, la présence de médecins coordonnateur étant désormais obligatoire dans les EHPAD, le sujet est abordé lors des dialogues de gestion, quand ceux-ci ont lieu, ou bien dans tout autre format d'échanges.

[81] Dans le secteur de la petite enfance, les taux d'encadrement en établissements d'accueil du jeune enfant sont réglementés : un professionnel pour cinq enfants qui ne marchent pas et un professionnel pour huit enfants qui marchent, ou bien un professionnel pour six enfants en moyenne. A cela s'ajoute, des ratios de professionnels diplômés qui doivent représenter en moyenne sur le mois quarante pour cent de l'effectif mensuel de référence de l'établissement³¹. Avec le déploiement du service public de la petite enfance³², les règles relatives à la procédure d'autorisation des EAJE évoluent³³ pour renforcer la qualité d'accueil avec une procédure unique d'autorisation de création, d'extension ou de transformation d'un établissement, soumise à un avis favorable de l'autorité organisatrice de l'accueil du jeune enfant pour l'ensemble des structures privées et publiques. Dans ce cadre, les projets de textes réglementaires en cours d'élaboration traduisent une attention accrue aux volumes et aux qualifications des professionnels. En premier lieu, est envisagé un enrichissement des informations transmises dans le cadre de la demande initiale d'autorisation de l'établissement d'accueil du jeune enfant auprès du conseil départemental. Cette transmission intègrerait désormais des éléments sur la composition de l'équipe et le niveau de qualification des professionnels qui seront recrutés dans l'établissement – document qui n'était pas demandé jusqu'alors³⁴. Par ailleurs, pour chaque modification de la composition de l'équipe de professionnels, le gestionnaire devra en informer

²⁹ Article L. 2324-1 du code de la santé publique.

³⁰ Article L. 2324-2 du code de la santé publique.

³¹ Selon l'article R. 2324-42 du code de la santé publique.

³² Loi n°2023-1196 relative au plein emploi.

³³ Décret à venir.

³⁴ Lors de l'autorisation qui sera valable pour une durée de 15 ans et au moment de la procédure d'évaluation de la qualité d'accueil qui aura désormais lieu tous les 5 ans.

le conseil départemental. Les services de PMI auront pour mission d'assurer le respect des engagements en matière de ratio d'encadrement, lors de la visite suivant l'autorisation, en cas de contrôle, lors de l'évaluation effectuée tous les cinq ans ou au moment du renouvellement de l'autorisation. En deuxième lieu, les projets de textes prévoient une évolution des règles d'encadrement au sein des micro-crèches, dans la suite des préconisations du rapport de l'IGAS et de l'IGF de 2024³⁵. Le cadre en vigueur se verrait ainsi renforcé :

- Avec l'obligation de disposer d'un directeur doté des mêmes qualifications que dans les autres crèches, pour une quotité de travail de 0,5 ETP, comme au sein des petites crèches ;
- Avec l'obligation de présence d'au moins un professionnel diplômé au sein de l'équipe d'encadrement.

[82] Aussi, le suivi des effectifs deviendrait une composante à part entière de la gestion des EAJE par les autorités de régulation, sans que n'ait été créé une procédure de remontée nationale des données RH.

[83] S'agissant de la protection de l'enfance, des travaux ont été engagés pour la mise en place par voie réglementaire de taux et normes d'encadrement pour les établissements de l'aide sociale à l'enfance suivants : maisons d'enfants à caractère sociale et foyers de l'enfance. Faute de données RH permettant d'apprécier la situation actuelle au-delà d'estimations très globales³⁶, le ministère rencontre toutefois des difficultés pour évaluer les effets d'une telle réforme. En l'absence de remontée de données RH automatisée, le ministère dépend ainsi des enquêtes qui sont envoyées aux principaux concernés que sont les départements.

[84] Il n'existe enfin pas de normes de personnels pour les CHRS ni pour les établissements de protection juridique des majeurs.

1.1.3 La mise en place sur les derniers exercices de mesures salariales et de plans d'attractivité pour le secteur met en évidence de nouveaux besoins en matière de données

1.1.3.1 Au niveau national : l'accélération récente des mesures de revalorisations salariales a mis en lumière des carences en matière de données RH et d'outillage

[85] L'Etat fixe les rémunérations des agents publics exerçant dans les établissements du champ, et pilote à ce titre un déterminant central de la masse salariale des établissements publics. Ces décisions ont également des effets de bord sur les personnels qui ne relèvent pas de la fonction publique.

[86] Les travaux de conception des accords du Ségur de la santé en 2020 ont rendu particulièrement saillant le manque d'outils quantitatifs permettant aux ministères en charge de la santé et des comptes publics de répondre aux besoins de projection et d'évaluation ex ante de la politique salariale de l'hôpital public. Le constat a été le même s'agissant du secteur médico-social dans le cadre des différents trains de mesures de revalorisation qui ont ensuite eu lieu (les

³⁵ « Micro-crèches : modèles de financement et qualité d'accueil », rapport n° 2023-079R, janvier 2024.

³⁶ Deux enquêtes ont été réalisées, en 2022 au sein du réseau Association nationale des maisons d'enfants à caractère social (ANMECS) puis en 2023 conjointement avec le Groupe national des établissements sociaux et médicaux sociaux (GEPSO) et la CNAPE

accords « Laforcade » de 2021, la Conférence des métiers en 2022, les mesures Guérini ou encore les dernières revalorisations de 2024 au sein de la branche de l'action sanitaire et sociale – BASS), avec une difficulté à calculer le coût anticipé des décisions prises, leurs potentiels effets de bord ainsi que l'impossibilité de mesurer ensuite leur impact sur la résorption des tensions.

[87] Plus précisément, on peut distinguer trois besoins principaux transverses à l'ensemble du champ de la mission :

- **un besoin de quantification du nombre de professionnels en poste, de description de leurs caractéristiques et de suivi de l'emploi par type de professions. Ce besoin est transverse à l'ensemble des champs considérés.**

[88] S'agissant de la protection de l'enfance, qui relève de la compétence des CD, au niveau national le besoin est d'avoir une évolution de l'emploi par type de professions, notamment s'agissant des assistants familiaux (au-delà de l'enquête « ASSFAM » de la DREES limitée aux assistants familiaux relevant des effectifs des conseils départementaux) et des éducateurs spécialisés qui sont des métiers en forte tension.

[89] Dans le champ de l'autonomie la question de la quantification des professionnels est également majeure notamment pour les infirmiers et aides-soignants ne dépendant pas des ordres³⁷. A cela s'ajoute le sujet majeur, dans les EHPAD, des « faisant-fonctions » d'aides-soignants. L'enquête EH-PA permet d'avoir des données sur le nombre potentiel de professionnels qui seraient affectés sur des missions de « faisant-fonctions »³⁸, sans avoir le diplôme associé. Ces données sont complétées par des enquêtes de la DGCS auprès d'établissement, qui en 2023 ont montré que dans certains établissements la part des faisant-fonctions pouvait atteindre les 60%. Sur l'enjeu relatif à leur résorption, la mission renvoie au rapport de l'IGAS sur l'attractivité des métiers du champ social qui propose un plan de qualification de ces « faisant-fonctions » par la création d'un diplôme d'accompagnant en soins gérontologiques.

[90] Dans le domaine de la petite enfance, les mesures de développement du capacitaire, à travers la création de 200 000 nouvelles solutions d'accueil d'ici 2030, nécessitent des données précises sur le nombre de professionnels par catégorie de diplômes, leur pyramide des âges et le turn-over qui sont aujourd'hui manquantes³⁹. Avec sept branches professionnelles, et des professionnels sous statut de fonction publique territoriale, le secteur est extrêmement éclaté rendant très difficile le suivi des effectifs. Aucun décompte précis n'a à ce jour jamais été fait. Les estimations de nombre de professionnels par catégorie de diplômes reposent sur des hypothèses très globales des employeurs du secteur. Ces estimations ne comprennent notamment pas de dimension territoriale et reposent sur des définitions de métiers à travers des appellations distinctes propres à chacune des conventions collectives, qui ne font pas toujours référence aux mêmes missions exercées par un ou une professionnelle. Les travaux qui avaient été engagés dans le cadre du comité de filière petite enfance de définition d'emplois repères au secteur méritent

³⁷ Depuis 2021, les infirmières ont pour obligation d'être inscrites dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), mais selon la DREES (*Démographie des infirmières et des aides-soignantes, juin 2024*) malgré cette obligation beaucoup d'infirmières ne le sont toujours pas.

³⁸ Selon les données de la dernière enquête EH-PA, seuls 84,5 % des professionnels qui remplissent les missions d'aides-soignants en ont le diplôme ; 15,5 % interviennent donc sans diplôme d'aides-soignants.

³⁹ Il manquerait 10 000 postes de professionnels de la petite enfance dans les établissements selon la dernière enquête pénurie réalisée par la CNAF de 2022

d'être largement poursuivis, et étendus à d'autres secteurs également éclatés (cf médico-social). La mission note d'ailleurs que le sujet du décompte de ces professionnels est désormais intégré au rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale -Famille avec une fiche dédiée aux « professionnelles de la petite enfance ».

[91] Ce besoin est aujourd'hui bien identifié par les administrations qui s'en saisissent progressivement. Ainsi la mission a été informée de **la création d'un poste à la direction de la sécurité sociale (DSS) de chargé de mission sur les professionnels et les rémunérations dans les secteurs de l'autonomie et de la petite enfance notamment**, qui pourrait approfondir le suivi du nombre de professionnels dans les différentes branches du secteur.

- **un besoin d'amélioration de la connaissance des tensions RH du secteur en temps le plus proche possible du réel, afin de pouvoir affiner le ciblage des mesures et de permettre l'évaluation de leur impact.** Certains indicateurs essentiels comme le taux de maintien dans l'emploi ou le taux de vacance de postes ne sont pas disponibles à ce stade, tandis que d'autres, comme le taux d'absentéisme, le sont mais pas dans une temporalité, une fréquence et un degré de fiabilité suffisants. Construire un système de pilotage et d'observation stable des ressources humaines, dans le champ du sanitaire et du médico-social, à travers des indicateurs exportables, solides et fiabilisés est essentiel. Ce besoin est aussi existant s'agissant du secteur de la petite enfance : l'importance des postes vacants⁴⁰ suppose un suivi régulier et cohérent dans le temps de ceux-ci, pas seulement à l'échelle nationale, mais également au niveau territorial afin de faire le lien avec l'activité et les places fermées, ainsi que plus généralement sur les tensions⁴¹.
- **un besoin d'évaluation ex ante et du suivi ex post des effets des revalorisations salariales.** Dans le cadre des mesures de revalorisations, la DGOS et la DGCS ont pour mission d'instruire les demandes de chiffrage et d'en organiser le cas échéant la compensation aux employeurs. Ainsi, dans le cas du complément de traitement indiciaire appliqué au secteur hospitalier (Ségur), médicosocial (Ségur – Laforcade), étendu aux travailleurs de la filière socioéducative (Conférence des métiers, « Castex »), des travaux d'estimation de l'impact global pour les employeurs d'une hausse de la rémunération nette des salariés ont été nécessaires, sans que les données et outils d'évaluation n'aient été pleinement disponibles.

[92] En outre, les différentes mesures salariales ont été décidées de manière successive alors même que la transversalité des métiers et des statuts conduit à ce que les mesures prises dans un secteur aient des effets de bord sur les autres : à titre d'exemple, la revalorisation du point d'indice dans la fonction publique a finalement été compensée par les pouvoirs publics à niveau équivalent dans les secteurs privés non lucratifs et lucratifs⁴² pour la première vague de 2022, sans que l'impact budgétaire n'ait été évalué ex ante. Ceci plaide pour que les prises de décision en la matière puissent se faire avec un éclairage en termes de données qui soit le plus large possible.

⁴⁰ L'enquête pénurie de la CNAF de comptabilise ainsi les postes vacants depuis 3 mois ou plus et absences longues non-remplacées faute de candidat depuis 3 mois ou plus

⁴¹ Des données ont pu être produites et présentées ponctuellement par la DARES au Comité de filière à partir des indicateurs de tension et malgré les difficultés méthodologiques à isoler le secteur de la petite enfance.

⁴² Les pouvoirs publics ont traduit l'augmentation du point d'indice dans la branche de l'hospitalisation privée à but lucratif, et ont financé l'impact des 3 %.

[93] Par ailleurs, le dénombrement des professionnels branche par branche, ventilé par type de diplômes ou qualification, est également nécessaire pour mettre en œuvre les mesures de revalorisation. A titre illustratif, dans le secteur de la petite enfance, faute de données RH, les revalorisations annoncées en 2024 à travers la mise en place d'un « bonus attractivité »⁴³ ont été calculées par place d'accueil et non par ETP, avec une hypothèse d'un ETP pour 3 places d'accueil. Pour pouvoir répartir ce type de mesures en prenant mieux en compte la réalité RH des structures, il serait nécessaire de pouvoir décompter le nombre de professionnels dans chacune des branches.

[94] **Les besoins de quantification du nombre de professionnels et de description de leurs caractéristiques et de leurs trajectoires sont donc nombreux et devenus plus prégnants dans un contexte de manque d'attractivité des métiers préoccupant.**

[95] **Les enjeux de veilles salariales font clairement partie d'une politique globale d'attractivité que les autorités de régulations tentent d'amorcer.** Cette préoccupation est largement partagée par l'ensemble des secteurs en tension – certaines entreprises rencontrées développent des pratiques de benchmark incisives, de manière territorialisée avec l'appui de cabinets spécialisés, en zoomant sur des métiers en tension.

1.1.3.2 Les ARS mettent en place progressivement des politiques régionales d'attractivité mais manquent d'outils pour appuyer leurs démarches

[96] Les ARS se dotent progressivement d'équipes en charge du suivi des ressources humaines en santé, qui couvrent parfois également le secteur médico-social.

[97] Comme développé dans le rapport de la mission IGAS relative à l'attractivité des métiers du champs social, plusieurs ARS ont également rédigé des documents stratégiques sur les questions d'attractivité des métiers, parfois dans le cadre de leurs programmes régionaux de santé.

[98] Force est toutefois de constater que ces démarches souffrent d'un manque d'outillage notamment pour mesurer les tensions (pas de remontée des taux de vacances) ou prioriser les établissements les plus à risque (pas d'indicateur agrégé et synthétique des tensions RH au sein d'un établissement, même si dans certaines régions le tableau de bord de la performance donne des informations pertinentes pour les établissements médico-sociaux). Il existe toutefois des initiatives locales intéressantes, comme la réalisation par l'ARS Bourgogne Franche-Comté à l'échelle des arrondissements d'un score de tensions en ressources humaines, sur la base de six indicateurs agrégés (plus le score d'un arrondissement est élevé, plus les difficultés y sont importantes).

[99] En outre les études nationales sur les tensions ne sont pas systématiquement territorialisées. Les agents QVCT des ARS, dans le cadre des ateliers utilisateurs coordonnés par la DREES pour le projet Vigie RH (cf. *infra*), ont indiqué avoir besoin de données agrégées qui leur permettrait d'avoir :

⁴³ Prise en charge à hauteur de 66 % sur les 150 euros de revalorisation actés dans le cadre de la convention collective.

- **Une vue par zone géographique**, selon certains indicateurs (idéalement un score d'attractivité), afin de comprendre les dynamiques locales et d'élaborer des programmes d'accompagnement ciblés.
- **Une vue par métier**, leur permettant de mieux comprendre les dynamiques et enjeux propres à chacun.

[100] Le manque d'outillage est aussi flagrant en matière de données prospectives sur les besoins en recrutement et en formation à 1, 3 ou 5 ans au niveau d'un territoire, ainsi que sur le calibrage de l'offre de formation (vision claire des entrées et sorties en formation ainsi que des taux d'abandon).

1.2 Les données dont disposent aujourd'hui les pouvoirs publics sont disparates, éparses et incomplètes

[101] **Les investigations de la mission ont porté sur les indicateurs suivants :**

- Selon les termes mêmes de la lettre de mission, les indicateurs de mesure des effectifs (en personnes physiques, en ETP travaillés ou rémunérés, en personnes affectées à l'activité, qu'elles soient ou pas en relation contractuelle avec la structure (comme c'est le cas pour la statistique annuelle des établissements) ont fait l'objet d'une attention particulière de la lettre de mission. En tant qu'ils induisent un effet sur la masse salariale, la ventilation entre CDI, CDD, contrats d'intérim et apprentissage a également été investiguée, les impacts en termes de niveau et de structure de rémunération comme de prélèvements sociaux pouvant différer selon les statuts. De même, les indicateurs de caractérisation des effectifs que sont la catégorie socio-professionnelle et, dans certains cas, le diplôme, ont également été intégrés à la réflexion ;
- Concernant la masse salariale, la mission a considéré que relevaient de son champ d'investigation tous les indicateurs induisant un effet à la hausse ou à la baisse sur celle-ci, par les volumes d'effectifs à rémunérer ou par les prix : il s'agit notamment d'indicateurs clefs permettant de mesurer les tensions RH (flux d'entrées et de sorties, absentéisme (congrés, arrêt-maladies, congés maternité et paternité, etc.), heures supplémentaires et complémentaires, contraintes en matière d'organisation du temps de travail comme les heures de garde, emplois vacants et difficultés de recrutement.
- Enfin, la mission a étudié les indicateurs de tension : turn-over, absentéisme, postes vacants.

1.2.1 Pour chaque grande catégorie de données, les informations, lorsqu'elles existent, sont la plupart du temps dispersées entre plusieurs bases

[102] **Les données utiles au pilotage par les administrations centrales comme par les ARS et les DREETS – allant des effectifs aux grands agrégats de masse salariale aux indicateurs d'absentéisme, de turn-over et de vacances de postes – reposent sur la mobilisation de plusieurs bases de données différentes.** Les secteurs de la petite enfance et de la protection de l'enfance font figure d'exception dans la mesure où ils se caractérisent par une quasi-complète absence de données disponibles, à l'exception d'enquêtes ponctuelles (cf. *infra*).

[103] **Les données d'effectifs sont celles qui présentent de manière générale le suivi le plus appuyé.** Elles sont retracées dans différents types de bases de données, avec des définitions qui divergent selon l'objectif et l'utilisation de la donnée d'effectif⁴⁴ :

- **Les effectifs des établissements et services sont en premier lieu retracés dans des documents de nature budgétaire**, via des annexes aux prévisions budgétaires et aux comptes réalisés. Dans ces documents à finalité de pilotage budgétaire, l'approche de l'effectif repose par nature sur la notion d'effectif rémunéré (équivalent temps plein rémunéré). Ce type de documents est remonté à la fois dans le secteur sanitaire et dans le secteur médico-social :
 - Dans le secteur sanitaire, les états prévisionnels des recettes et des dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés à but non lucratif, qui font l'objet d'une approbation chaque année par l'agence régionale de santé, comportent une annexe retraçant un tableau prévisionnel des effectifs rémunérés. Les rapports infra-annuels (RIA 1 en septembre de l'année N et RIA 2 en début d'année N+1) apportent également des informations, agrégées au niveau des effectifs globaux, sur la trajectoire en cours d'exercice. Enfin, un tableau des effectifs rémunérés est également annexé au compte financier en milieu de N+1 ;
 - Dans le secteur médico-social, les EPRD et les états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) pour les établissements et services ayant signé un CPOM, le budget prévisionnel et le compte administratif pour les autres établissements et services, retracent en annexe un tableau prévisionnel et un tableau réalisé des effectifs rémunérés, avec une ventilation par fonction qui permet de disposer d'une vue précise de la structure d'emplois de l'organisme ;
- Il existe par ailleurs une base de données établie, **dans le secteur médico-social, à des fins de mesure de la performance des établissements et services pour les pouvoirs publics**, mais aussi de parangonnage entre structures, **le tableau de bord de la performance**, conçu initialement par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP) et dont la gestion est aujourd'hui confiée à l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH). Cette base permet de disposer d'une vision consolidée, à la fin de l'année N+1, sur les effectifs globaux ainsi que par type de fonctions des établissements et services médico-sociaux. Elle permet une restitution nationale aux administrations centrales et à la CNSA, une restitution territoriale aux ARS et conseils départementaux et une restitution à des fins d'aide au pilotage interne, d'une part, de comparaison, d'autre part, aux ESMS et organismes gestionnaires eux-mêmes ;
- **Les besoins d'une alimentation du dialogue social** en données d'éclairage sur l'état des ressources humaines constituent également un vecteur de remontée de données sur les effectifs et la masse salariale pour les autorités, s'agissant des établissements publics relevant de la fonction publique hospitalière comme de la fonction publique territoriale, dans le secteur sanitaire comme dans le secteur social et médico-social. Le rapport social unique, qui remplace depuis le 1^{er} janvier 2024 les bilans sociaux dans le champ de la FPH (avec une suppression du seuil de 300 salariés qui s'appliquait antérieurement, ce qui induit une obligation déclarative supplémentaire pour les établissements de santé publics de

⁴⁴ La mission n'a pas vocation à clarifier l'usage de ces définitions, mais à les mettre en avant pour mieux comprendre leur usage.

moins de 300 salariés – ainsi que pour les établissements et services médico-sociaux de cette taille relevant de la FPH), doit comporter quatre approches différentes des effectifs : les effectifs physiques et les effectifs en équivalent temps plein, sur l'année, au 31 décembre et rémunérés sur l'année. Ces effectifs doivent être ventilés par métier ;

- Par ailleurs, les **données d'enquête quadriennales de la DREES** permettent de disposer d'une vision des effectifs, personnes physiques comme équivalents temps pleins, pour les établissements et services pour personnes âgées (EHPA), pour personnes en situation de handicap (ES handicap) et ceux en charge de la protection de l'enfance (ES-PE). Ces données sont ventilées par fonction ;
- Dans le secteur sanitaire, les établissements qu'ils soient publics ou privés lucratifs ou non lucratifs doivent renseigner la **statistique annuelle des établissements (SAE)**, qui permet de disposer d'éléments sur les personnels concourant à l'activité, salariés ou non, rémunérés par la structure ou non, par activité au sein de l'hôpital : doivent être renseignés les effectifs en ETP et en ETP moyen annuel ;
- Enfin, un suivi des effectifs peut également être réalisé à partir des données issues de la **déclaration sociale nominative (DSN)**. Une consolidation est notamment effectuée, à travers la **base tous salariés (BTS)** alimentée par les données de la DSN, par la statistique publique : l'INSEE opère ainsi un redressement des données de la DSN, avec le concours de la DREES sur les établissements de santé. Pour le secteur public, le système d'information des agents du secteur public (SIASP) comporte les données retraitées par l'INSEE, mais depuis 2022 les données proviennent essentiellement de la DSN. A titre d'illustration, la DREES publie annuellement (en avril de l'année N), à partir de cette base, des données d'effectifs hospitaliers par grandes catégories de personnel ; les effectifs correspondent à des personnes physiques présentes au 31 décembre N-2.

[104] **S'agissant des types de contrats signés ainsi que du recours à l'intérim** (au sens strict des contrats d'intérim, et non comme cela est parfois retenu, en y intégrant des contrats de très courte durée), **plusieurs bases de données peuvent également faire l'objet d'une exploitation par les pouvoirs publics** :

- De manière transversale, la **base tous salariés (BTS)** alimentée par les déclarations sociales des employeurs et retraitée par l'INSEE permet de disposer de données annuelles par type de contrats. Des requêtes par activité (via le code NAF) ou par la convention collective (via l'IDCC) peuvent permettre de disposer d'une visibilité entre CDI et CDD pour les secteurs pour lesquels le code NAF ou l'IDCC constituent un facteur identifiant (ce qui n'est pas toujours le cas, notamment pour le médico-social et dans le domaine de la petite enfance) ;
- De manière commune aux secteurs sanitaires et médico-sociaux, **les documents budgétaires** permettent, pour les organismes publics, de disposer d'informations de nature budgétaire (mais non d'effectifs) via le détail des comptes de charges de personnel :
 - Sur le personnel intérimaire : à titre d'illustration, la nomenclature M21 applicable pour les établissements publics de santé donne une visibilité sur les dépenses de personnel, dans leur globalité mais également avec une distinction entre personnel médical et paramédical, personnel administratif et hôtelier et enfin « autres personnels » ;

- Sur la ventilation entre agents titulaires et agents non titulaires, en distinguant pour ces derniers dans la M21 les personnels de remplacement des personnels sur emplois permanents. Il est également possible via l'information comptable de disposer d'une vue des dépenses de stagiaires ou d'apprentis. Les états prévisionnels des recettes et des dépenses et comptes financiers permettent également de disposer d'une ventilation entre les charges de personnel en CDI et en CDD pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (la quasi-totalité des établissements de santé privés à but non lucratif)⁴⁵.
- Dans le secteur public, **le rapport social unique** permet pour les établissements relevant de la FPH également de disposer d'une vision de la répartition des effectifs (en personnes physiques, équivalents temps plein au 31 décembre et équivalents temps plein en moyenne annuelle) selon le type de contrats (titulaires, contractuels en CDI, en CDD, intérim, contrat aidé et contrat d'apprentissage). Le même type d'informations est disponible pour les établissements et services relevant, dans le secteur médico-social, de la fonction publique territoriale, avec un renseignement des effectifs fonctionnaires et des effectifs contractuels, sur emploi permanent comme non permanent, en effectifs physiques au 31 décembre ou en équivalent temps plein rémunéré⁴⁶.
- Dans le secteur médico-social, **les enquêtes quadriennales de la DREES EHPA et ES-handicap** fournissent, quel que soit le statut, public ou privé de la structure, une vision sur le nombre de personnels, en personnes physiques comme en équivalent temps plein, selon le type de contrats ;
- Il en va de même, dans le secteur de la protection de l'enfance, pour **l'enquête quadriennale ES-PE**.

[105] La mission a pu observer que les mêmes difficultés de comptabiliser/retracer l'intérim se posent dans d'autres secteurs. Certaines entreprises rencontrées par la mission mettent en avant les limites de données consolidées sur l'intérim du fait notamment du suivi différencié qui en est fait entre les filiales et le siège.

[106] **S'agissant des heures supplémentaires, qui constituent un indice parmi d'autres d'une potentielle surcharge de travail, et qui du fait de leur caractère majoré en termes de rémunération influent fortement sur la masse salariale, les données disponibles sont essentiellement budgétaires.** Pour la fonction publique hospitalière, la nomenclature M21 permet de disposer d'une vision très fine par poste de charges : pour les personnels non médicaux, à titre d'illustration, sont ventilées les indemnités horaires pour travaux supplémentaires, les astreintes, les indemnités forfaitaires de travaux supplémentaires, les majorations horaires pour travail de nuit, les indemnités forfaitaires pour travail des dimanches et des jours fériés. Ces données relèvent d'une pure approche comptable, sans possibilité de disposer d'informations sur les volumes de recours aux heures supplémentaires. Les établissements privés non lucratifs accomplissant des missions de service public (établissements de santé privés d'intérêt collectif –

⁴⁵ A titre d'illustration, pour l'année 2025, arrêté du 18 décembre 2024 fixant le modèle des documents de l'état des prévisions de recettes et de dépenses et le modèle des documents de décision modificative des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale.

⁴⁶ Arrêté du 10 décembre 2021 fixant pour la fonction publique territoriale la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales.

ESPIC) procèdent à la remontée d'informations budgétaires via les EPRD et comptes financiers mais ces documents ne rentrent pas dans ce niveau de granularité.

[107] **Concernant la masse salariale, la source de données est essentiellement constituée des documents budgétaires remontés aux administrations nationales et régionales.** La donnée disponible varie selon les secteurs et en termes de granularité :

- Dans le secteur sanitaire, il convient de distinguer public, privé d'intérêt collectif et privé lucratif ou non lucratif ex-dotation globale⁴⁷ :
 - Pour les établissements publics de santé, les données disponibles via les remontées comptables, conformément à la nomenclature comptable M21, présentent un niveau de finesse élevé, avec à la fois une distinction entre la rémunération principale et les accessoires de rémunération d'une part, les cotisations et contributions sociales, qu'elles soient salariales ou patronales, d'autre part ;
 - Par ailleurs, pour les mêmes établissements publics de santé, le rapport social unique demande la communication de la masse salariale globale en euros et de la masse salariale brute annuelle des personnels permanents d'une part et non permanents d'autre part. Elle ne comporte en revanche pas de données sur la rémunération nette, globale ou en faisant la distinction entre personnels permanents et non permanents ;
 - Pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif, les EPRD et comptes financiers prévoient une ventilation des rémunérations, les cotisations et contributions sociales, ainsi que plus globalement les autres impôts et taxes assis sur la rémunération, faisant l'objet d'un suivi comptable spécifique⁴⁸ ;
 - Enfin, concernant les établissements de santé privés à but lucratif, la DREES s'appuie pour établir son panorama annuel des établissements de santé sur la base tous salariés. Elle lui permet notamment de produire des données relatives aux rémunérations comparées entre les trois secteurs.
- Dans le secteur médico-social, les documents budgétaires remontés aux agences régionales de santé (et pour certains d'entre eux, aux conseils départementaux, en fonction de leur autorité de contrôle et de tarification⁴⁹) distinguent également les rémunérations *stricto sensu* et les prélèvements assis sur ces rémunérations⁵⁰ ;
- Dans le secteur de la petite enfance et de la protection de l'enfance, il n'existe pas de données en la matière.

[108] Par ailleurs, la base tous salariés (BTS) de l'INSEE permet également de disposer de données, via une approche par le code NAF et / ou par l'IDCC, de la rémunération brute comme de la rémunération nette des effectifs pour les différents secteurs entrant dans le champ de la mission.

⁴⁷ Catégorie résiduelle en nombre pour laquelle les dispositions relatives au dépôt d'un EPRD et d'un compte financier ne s'appliquent pas selon les dispositions en vigueur du code de la santé publique.

⁴⁸ A titre d'illustration pour l'année 2025, l'arrêté précité du 18 décembre 2024 qui fixe la nomenclature des EPRD pour l'année à venir pour les établissements publics de santé comme pour les ESPIC.

⁴⁹ Par exemple les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) dans le domaine de l'accompagnement des adultes en situation de handicap.

⁵⁰ Arrêté du

[109] **Un autre type de données nécessaires au suivi des effectifs et de la masse salariale recouvre le flux des entrées / sorties, le taux de vacance de postes et les difficultés de recrutement. Il s'agit du type de données pour lesquelles les lacunes les plus fortes existent au regard des besoins de pilotage national comme régional.**

[110] **Les données issues de l'enquête Activité et conditions d'emplois de la main d'œuvre (ACEMO)** publiées trimestriellement par la DARES restituent des taux d'emplois vacants dans le secteur privé, au sens des définitions statistiques européennes, à savoir, selon la présentation qu'en fait cette direction, des « postes libres, nouvellement créés ou inoccupés, ou encore occupés et sur le point de se libérer, pour lesquels des démarches actives sont entreprises pour trouver le candidat convenable ». Ces données d'enquête, qui présentent la particularité par rapport aux autres sources de revêtir une logique conjoncturelle, font l'objet d'une restitution trimestrielle par grand secteur d'activité : dans le champ couvert par la mission cependant, la restitution est trop large, à l'échelle de l'enseignement, de la santé humaine et de l'action sociale, pour être utilisable à des fins de pilotage du secteur. En outre, les structures publiques ne sont pas couvertes par cette enquête : elles le seront prochainement dans le cadre de l'enquête Emplois vacants (EVAC) dont la mise en œuvre est pilotée par la DARES en lien, dans le secteur sanitaire, médico-social et social, avec la DREES (cf. infra).

[111] Dans le secteur médico-social, **le tableau de bord de la performance** collecté par l'ATIH permet de disposer en fin d'année N+1 d'informations sur les taux d'ETP vacants et de rotation des personnels au cours de l'année N. Les données collectées peuvent être utilisées au niveau d'un établissement ou service, d'une agrégation territoriale par exemple à l'échelle régionale comme à l'échelle nationale. Cette information est renseignée, comme pour toutes les autres variables collectées via le tableau de bord, pour les établissements publics comme privés, qu'ils soient lucratifs ou non lucratifs.

[112] Il n'existe pas d'équivalent des données du tableau de bord de la performance pour l'ensemble des établissements de santé. En revanche, **le bilan social** et, à compter de 2024 au titre de l'année 2023, le rapport social unique doivent permettre de disposer d'informations sur :

- Le nombre de postes publiés comme vacants ou susceptibles d'être vacants au cours de l'année ;
- Le nombre de postes pourvus au cours de l'année à la suite d'une publication comme poste vacant ou susceptible d'être vacant⁵¹.

[113] Enfin, certaines **enquêtes ponctuelles** peuvent être menées par les fédérations professionnelles en fonction des secteurs. C'est par exemple le cas de la fédération hospitalière de France (FHF) qui publie régulièrement des données sur ce type d'indicateurs : ont par exemple été publiés en septembre 2024 des taux de poste vacants constatés pour les établissements publics répondants au titre de l'année 2023, ou encore Aress qui publie le taux de postes vacants par secteur ou catégorie dans son baromètre de tensions RH (2023). Dans le secteur de la petite enfance, l'enquête menée par la CNAF auprès des établissements d'accueil du jeune enfant en 2022 a permis de disposer d'une visibilité sur le nombre de postes à pourvoir à cette période au niveau national.

⁵¹ Guide relatif à la base de données sociales pour la fonction publique hospitalière, DGOS, septembre 2022.

[114] Enfin, un dernier type de données regardé par la mission concerne l'absentéisme, que le motif soit lié à la maladie, aux AT-MP ou à d'autres causes (maternité, paternité, congé parental notamment).

[115] Dans le secteur médico-social, le **tableau de bord de la performance** de l'ATIH constitue, là encore, une source précieuse de données pour les établissements et services de tous statuts. Il permet de disposer de données annuelles sur le taux d'absentéisme dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées tous motifs confondus mais aussi par motifs – pour maladie, pour maternité / paternité, pour AT-MP, pour congés spéciaux⁵² dont congés sans solde.

[116] Dans le champ sanitaire, le **bilan social et à compter de 2025 au titre de l'année 2025 le rapport social unique** permet de disposer d'une vision annuelle sur l'absentéisme dans les établissements publics de santé, qu'il soit médical⁵³ ou non médical⁵⁴.

[117] Concernant les établissements et services de statut privé, lucratif ou non lucratif, **l'assurance maladie** peut fournir des données de liquidation des indemnités journalières en cas d'arrêt maladie, d'arrêt pour accident du travail et maladie professionnelle ou en cas de maternité et d'adoption, sur la base de listes de SIRET qui lui seraient fournis. L'assurance maladie ne dispose cependant pas d'une ventilation de cette information en fonction du FINESS.

[118] Il convient en outre de signaler que des comparaisons entre établissements et services relevant de la fonction publique d'une part et du secteur privé d'autre part sont ponctuellement réalisables à travers l'exploitation de la source que constitue l'enquête Conditions de travail. Conduite tous les trois ans par l'INSEE et la DARES⁵⁵, elle interroge les salariés, quel que soit leur statut.

[119] Enfin, comme en matière de vacances de postes, **certaines fédérations peuvent publier de manière ponctuelle ou régulière des données en matière d'absentéisme**. C'est notamment le cas de la FHF qui consolide annuellement des données sur l'absentéisme remontées par les adhérents répondants.

1.2.2 Chaque base de données présente des usages potentiels, exploités ou non aujourd'hui, avec des limites réelles qu'elles soient de périmètre, de fraîcheur, de complétude ou de fiabilité

[120] Le tableau *infra* détaille, par grand secteur, les principales bases de données structurelles contenant des informations relatives aux effectifs et à la masse salariale des établissements et services. Pour chacune des bases sont succinctement présentés le périmètre des indicateurs couverts, les potentialités à en tirer pour un pilotage national ou régional et les limites. Le contenu des bases est détaillé de manière plus précise, sans viser néanmoins une totale exhaustivité, à l'annexe 2 au présent rapport.

⁵² Congés pour événements familiaux, congés parentaux notamment.

⁵³ Pour maladie, longue maladie, longue durée, accident de travail, accident de trajet, maladie professionnelle, maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions.

⁵⁴ Maternité, paternité, adoption.

⁵⁵ Depuis 1978, elle était établie selon un espacement de sept ans, qui a été réduit à trois ans depuis 2013.

Intitulé de la base de données	Périmètre	Usages potentiels	Limites
Bases transverses aux trois champs			
Base tous salariés (BTS) de l'INSEE	Effectif au 31/12 et effectif moyen N et N-1, ETP N et N-1, nombre d'heures salariées, code PCS pour chaque contrat, âge du salarié, type de contrat de travail, ancienneté dans l'entreprise, rémunération brute et nette du salarié	Usages potentiels très riches dans le cadre de restitutions annuelles de ces données statistiques : - En termes de suivi des effectifs ; - En termes de connaissance de certains indicateurs potentiels de tensions RH : type de contrat de travail, ancienneté la structure - En termes de connaissance de la masse salariale des établissements et services	Conséquence de son alimentation par la DSN, la base souffre de l'insuffisance de déclaration du FINESS pour ventiler les effectifs et la masse salariale par catégorie d'établissements, rendant son utilisation délicate dans le secteur médico-social et notamment pour les ES accueillant des personnes en situation de handicap
Fiches statistiques de branche produites par la DARES	Effectif au 31/12, effectif en ETP, caractéristiques des salariés au 31/12 (tranche d'âge, hommes/femmes, PCS, proportion de temps partiels et CDD). L'ensemble de ces données sont consolidées par branche professionnelle, à partir de la BTS	Usage théorique de ces données statistiques dans le cadre du dialogue des pouvoirs publics avec les branches professionnelles	Source non consensuelle avec toutes les fédérations représentatives dans le champ médico-social Champ de la branche professionnelle qui ne recoupe par le périmètre d'intérêt pour le pilotage
Bases de données relatives aux établissements de santé			
Rapport social unique	Effectifs physiques, ETP, caractéristiques des effectifs, positions statutaires ; nombre et la nature des arrêts de travail	Le RSU est conçu pour nourrir le dialogue social dans les fonctions publiques. Au-delà de cette finalité constitutive, on pourrait envisager que	Pas encore de recul sur cette nouvelle modalité déclarative mais il existe un risque fort que la consolidation

RAPPORT IGAS N°2024-073R

	imputables au service ; organisation du travail ; quotités de temps de travail, notamment le temps non complet ou incomplet et le temps partiel ; heures supplémentaires rémunérées et complémentaires ; heures écrêtées au regard du temps annualisé et des systèmes de décompte ; droits à jours de congés ; comptes épargne-temps ; absences liées à des raisons de santé ainsi qu'à d'autres motifs Postes proposés ; postes pourvus ; recrutement, notamment en ce qui concerne : le recrutement de fonctionnaires ; le recrutement pour pourvoir des emplois d'encadrement supérieur et dirigeant ; le recours à des contractuels ; apprentissage ; contrats aidés ; stagiaires ; mutations et mobilités ; mises à disposition	les données d'absentéisme, d'heures supplémentaires, de CET soient utilisées pour suivre les évolutions des tensions sur les ressources humaines dans les EPS, à des fins par exemple : - D'ajustement des volumes d'entrées en formation - D'affinage des prévisions budgétaires au niveau national - D'identification d'établissements en tension sur les ressources humaines - D'optimisation de l'allocation par les ARS de financements non pérennes (CNR, FIR), par exemple sur la QVCT, en identifiant plus finement les établissements les plus fragiles	intervienne trop tardivement fin N+1 voire en N+2 pour que le RSU puisse être utilisé à des fins de pilotage, au-delà de sa finalité fixée par les textes d'alimentation du dialogue social Une grande complexité déclarative – en termes de nombre d'indicateurs et dans certains cas de difficulté à renseigner l'indicateur lui-même, avec un grand nombre d'entre eux qui ne sont pas automatisables à partir des logiciels de paye. Un risque d'absence de complétude et de fiabilité des données déclarées comme corollaire du point précédent, la multitude des indicateurs et leur caractère parfois complexe rendant difficile l'exercice de fiabilisation de l'ensemble des remontées par les établissements eux-mêmes et ensuite par les administrations
--	--	--	--

Statistique annuelle des établissements	Personnels médicaux : effectifs au 31/12 des salariés et des libéraux selon la spécialité exercée, par sexe et temps de travail ; ETP moyens annuels des salariés et des libéraux selon la spécialité exercée, le statut et le sexe ; ETP salariés moyens annuels rémunérés et effectifs des praticiens libéraux au 31/12 par discipline d'équipement ; effectifs au 31/12 des internes et FFI Sages femmes et personnels non médicaux : effectifs salariés au 31/12 par statut ; ETP salariés moyens annuels rémunérés par statut ; ETP salariés moyens annuels rémunérés par discipline d'équipement	Les usages potentiels de cette enquête administrative obligatoire sont nombreux : - Dénombrement des effectifs par établissement (par exemple pour compléter la base tous salariés sur Mayotte et les établissements du service de santé des armées dans les publications annuelles de la DREES sur les effectifs hospitaliers) - Analyse de la performance des établissements en termes d'activité mise en regard des effectifs mobilisés, au niveau national comme régional en ARS - Allocation d'enveloppes financières en fonction de critères d'effectifs	Limites potentielles dans le cadre d'un dialogue de gestion avec un établissement de santé (pour l'analyse d'un projet d'investissement ou d'un dialogue de performance par exemple) Limites éventuelles, selon les régions, liées au degré d'investissement variable des ARS dans la fiabilisation des dépôts effectués par les établissements de santé
Retraitement comptable	Ventilation des coûts des activités support comme de soins des établissements de santé, réalisée par section d'analyse selon une arborescence arrêtée par l'ATIH (et commune au RTC et à l'enquête nationale de coût)	Données de comptabilité analytique permettant d'établir des comparaisons de coûts par type d'activité de soins et type de fonction support, au niveau national comme régional, pour mettre en évidence des dispersions potentielles de coût ou situer un établissement par rapport à une référence	Liées à la nature même de l'instrument, qui est un outil de comptabilité analytique avec une approche par la dépense et non liée aux effectifs, et ne distinguant pas les dépenses de personnel des autres charges, même si du fait de leur poids elles constituent une part majeure des évolutions annuelles constatées

Bases de données relatives aux établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées			
Tableau de bord de la performance	<u>Emploi</u> : ETP et effectifs réels au 31/12, répartition des effectifs par fonction, pyramide des âges du personnel, taux d'absentéisme par motif <u>Flux, vacances et tensions</u> : nombre de recrutements et de départs dans l'année, taux d'ETP vacants, taux de rotation des personnels sur effectifs réels, Taux de prestations externes sur les prestations directes	Usages potentiels de connaissance par les administrations nationales et locales des effectifs, de leur ventilation, des tensions en ressources humaines des établissements et services, à un niveau agrégé mais aussi dans l'analyse par les ARS de la situation d'un établissement. Usages potentiels de comparaison des établissements et services entre eux, soit par les ARS (et CD), soit par les établissements et services eux-mêmes	Manque de fraîcheur : disponibilité au niveau local en fin d'année N+1. Fiabilité des données très variable selon les établissements et les régions, selon le taux de remplissage notamment. Problème de cohérence des résultats avec d'autres sources
Enquêtes de la DREES EHPA et ES handicap	<u>Emploi</u> : ETP et effectifs par fonction, âge, type de contrat du personnel, répartition du personnel par corps/diplôme selon la fonction <u>Flux et vacances</u> : ancienneté, emploi de personnel extérieur, difficultés de recrutement	Usages potentiels de ces données statistiques pour : - Dénombrer les effectifs par catégorie d'établissement - Suivre de manière ponctuelle les enjeux de vieillissement des effectifs, avec les impacts associés en termes de flux de départs en retraite et de nécessité d'ajuster les volumes d'entrée en formation - Suivre de manière ponctuelle des tensions sur les ressources humaines via le type de contrat, l'ancienneté, l'emploi de personnels extérieurs ou les difficultés de recrutement, pouvant servir de fondement à des actions	Limites liées au caractère quadriennal des enquêtes (auquel s'ajoute le temps de consolidation et fiabilisation avant mise à disposition), ce qui rend l'usage de ces données délicat – et contesté potentiellement par les acteurs du secteur

		correctrices (volume d'entrée en formation, communication sur les métiers, actions sur les conditions de travail, la rémunération, etc.) - Vérification au niveau national du niveau moyen de couverture des EHPAD par un médecin coordinateur Au niveau régional, ces données statistiques ne peuvent être utilisées pour solliciter individuellement un établissement ou service mais peuvent permettre de situer un établissement par rapport à une référence, indicateur par indicateur, si l'ARS dispose desdites données pour l'établissement ou service concerné	
Documents budgétaires : EPRD / ERRD ou budgets prévisionnels / comptes administratifs	Répartition des effectifs (personnes physiques et ETP) par catégories et par emplois ; masse salariale brute et super-brute par catégories et par emplois	Utilisation potentielle de ces données administratives pour disposer, en fin d'année N+1, d'une visibilité sur les effectifs par catégorie d'établissement, leur ventilation par fonction, le respect ou non du cadre légal sur la présence de médecin coordinateur en EHPAD, les évolutions de la masse salariale et des coûts unitaires des effectifs, les évolutions des dépenses d'intérim, etc. Cette utilisation peut être réalisée au niveau national comme régional, par exemple au niveau régional pour comparer des établissements entre eux ou identifier des établissements ne respectant pas la réglementation sur les médecins coordinateurs	Limites d'utilisation de cette base dans le dialogue avec les branches professionnelles puisque les déclarations ne sont pas assorties de manière systématique de l'identification de la convention collective Une limite actuelle consiste en la redondance des données d'effectifs avec les informations identiques demandées dans le cadre du tableau de bord de la performance mais cette limite va être levée par l'alimentation automatique, qui est prévue du

			tableau de bord par les documents budgétaires sur ce point
Etablissements et services de protection de l'enfance			
Enquête de la DREES ESPE	Nombre de personnels en ETP à fin décembre de l'année investiguée, dans le champ des ES-PE et au sein de chaque type de structures (MECS, LVA, pouponnières, etc.) ; répartition des ETP à fin décembre par fonction principale, par statut d'emploi et par type de contrat Diplôme, sexe, âge, ancienneté	Seul outil de connaissance au niveau national des effectifs dans les ES de la protection de l'enfance Permet d'établir des taux d'encadrement par type de structures Peut potentiellement permettre de disposer d'un indicateur de tension RH via la déclaration du type de contrat Peut potentiellement permettre de vérifier le respect global au niveau national des taux d'encadrement dans le seul type de structure de la protection de l'enfance qui en dispose, les pouponnières à caractère social. Les données de l'enquête ESPE étant de nature statistique, elles ne permettent pas une utilisation à des fins de contrôle, établissement par établissement (compte tenu du cadre prévu par la loi de 1951 sur le secret statistique)	Limites liées à son caractère quadriennal, qui ne permet pas d'en faire un outil de suivi rapproché, au niveau national, des évolutions des effectifs du secteur et de leur ventilation par fonctions
Etablissements d'accueil du jeune enfant			
Enquêtes ponctuelles de la CNAF sur les tensions de recrutement	Postes vacants depuis 3 mois ou plus et absences longues non-remplacées faute de candidat depuis 3 mois ou plus	Disposer d'un état des lieux des postes non pourvus dans les EAJE, afin de pouvoir en tirer des actions correctrices, avec des leviers potentiels variés :	Enquête par nature ponctuelle (en cours de reconduite au moment de la réalisation de cette mission) Malgré sa grande utilité, se limite à une part très circonscrite des besoins de

RAPPORT IGAS N°2024-073R

		- Ajustement des volumes d'entrées en formation - Communication grand public pour renforcer l'attractivité des métiers - Réflexion sur d'éventuelles mesures salariales d'attractivité... Par ailleurs, de manière indirecte, l'enquête CNAF permet d'approcher, avec une fourchette, certes très large, les effectifs en EAJE, les 8 900 postes vacants consolidés représentant d'après l'enquête de 6,5 % à 8,6 % de l'effectif total de professionnels auprès des enfants, entre 105 et 135 000 professionnels	connaissance des effectifs et de la masse salariale dans les EAJE
--	--	--	---

[121] **De manière globale, les bases de données disponibles ne répondent qu'imparfaitement aux besoins de pilotage des ressources humaines des établissements et services.**

[122] **C'est en premier lieu le cas en matière de connaissance des tensions sur les ressources humaines**, via le suivi des variables essentielles que sont le turn-over, les taux de vacances de postes ainsi que l'absentéisme. Seul le secteur des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées dispose d'une vision nationale consolidée de ces variables, via le tableau de bord de la performance de l'ATIH. Cependant, celui-ci présente le défaut pour le pilotage régional mené par les ARS d'une dimension relativement tardive – bien que ces délais obéissent à des temps de remontée et de consolidation légitimes – avec une disponibilité au niveau local en fin d'année N+1. Surtout, il est peu exploité nationalement, avec à titre d'illustration une absence de publication des données recueillies depuis le début de la crise sanitaire. L'administration centrale pilotant cette base de données – la DGCS – est à ce titre interrogative sur la fiabilité des déclarations remontées.

[123] **En matière de prospective sur les besoins en ressources humaines**, seul le secteur sanitaire et, par ricochet les autres secteurs pour lesquels des métiers transversaux existent (notamment médicaux), dispose d'un outil dédié permettant d'obtenir une vision consolidée au niveau national. Les travaux de l'ONDPS constituent à ce titre un outil précieux pour orienter notamment les décisions de formation. Il n'en demeure pas moins qu'ils souffrent également de lacunes dans les données existantes sur les ressources humaines, par exemple sur les vacances de postes, ou sur l'inadéquation potentielle entre l'offre actuelle et la demande de soins. Mais cette réflexion n'a pour l'heure été conduite que pour les professions médicales et – dans le cadre d'une publication prochaine – pour celles d'infirmières et d'aides-soignantes. Par ailleurs, en l'état, pour les professions paramédicales, rien ne dit que la publication de l'ONDPS sera suivie d'une stratégie de gouvernance mettant en miroir les besoins de professionnels, et les solutions, notamment en matière de formation, à apporter au niveau régional⁵⁶.

[124] Le domaine sanitaire, dans lequel la structuration de remontée des données en matière de ressources humaines est la plus ancienne (avec la SAE, créée en 1995), se caractérise ainsi, à titre d'illustration, par une variabilité très forte des données disponibles entre public, privé lucratif et non lucratif. Quant aux établissements publics de santé mêmes, certaines données clefs (sur l'absentéisme, les taux de vacances de postes, le turn-over par exemple) sont manquantes ou disponibles beaucoup trop tardivement (via la consolidation des bilans sociaux et à compter de 2025 au titre de l'exercice 2023 du rapport social unique).

1.2.3 Les promesses de la DSN sont réelles mais ne doivent pas être surestimées, et nécessitent un investissement conséquent des administrations et opérateurs dans la fiabilisation des données

[125] **Le potentiel d'exploitation des données déclarées par les employeurs par le biais de la DSN fait naturellement l'objet d'une attention particulière des administrations nationales et régionales, compte tenu de sa richesse et de sa fraîcheur.** Issue des données de paie, la déclaration sociale nominative véhicule en effet des informations d'une grande richesse potentielle sur les effectifs et sur la masse salariale des entreprises, associations et employeurs publics. Dans le champ d'intérêt de la mission, de manière non exhaustive, elle contient des données relatives aux

⁵⁶ Le rapport IGAS sur l'attractivité des métiers du champ social, 2025, aborde ce sujet.

effectifs, aux types de contrats mobilisés (CDI, CDD, contrat d'apprentissage, etc.), au statut public ou privé et à la convention collective du salarié, à l'âge et à l'ancienneté, aux heures travaillées, aux heures supplémentaires, aux arrêts de travail, à la rémunération versée, de manière globale et en termes de ventilation (rémunération nette, prélèvements sociaux, etc.). A travers ces données, de multiples finalités peuvent être conçues au plan théorique, à des fins de statistique publique ou de pilotage, du suivi global des évolutions d'effectifs à la reconstitution d'un *turn-over*, de l'évolution des coûts salariaux unitaires, de l'établissement d'une pyramide des âges, etc.

[126] **Les données de la DSN constituent d'ores et déjà une source de connaissance pour les effectifs et la masse salariale, essentiellement cependant dans le champ sanitaire.** A travers la base tous salariés, administrée par l'INSEE, la DREES réalise ainsi annuellement le suivi des effectifs des établissements de santé privés (avec le complément du SIASP pour les établissements publics de santé⁵⁷). Cette production peut s'appuyer sur un concept d'effectif alimenté de longue date par les déclarations sociales des employeurs et dont les retraitements à opérer sont maîtrisés par la statistique publique. Par ailleurs, l'outil DSN-SISMMO produit par la DARES en effectuant quelques opérations de retraitement de la DSN – notamment pour chaîner les contrats pour un même individu – constitue également une base de données potentielle pour les administrations à des fins de pilotage : elle a cependant été à date peu exploitée.

[127] **Des projets en cours portés par les administrations comme Vigie-RH ou la mise à disposition des ARS par l'outil Diamant d'un « cube DSN » comportent des informations sur les effectifs et les salaires des établissements et services sanitaires et médico-sociaux.** Le premier vise à produire en exploitant les données de la DSN une vision de l'état des effectifs, dont le *turn-over*, dans les EHPAD puis en l'élargissant progressivement au domaine médico-social. Le deuxième recouvre une finalité largement différente, de mise à disposition de données brutes ou "quasi-brutes" issues des déclarations sociales à des fins de pilotage par les ARS. Les indicateurs issus de la DSN qu'il est prévu de mettre à disposition des agences, avec une granularité correspondant à l'établissement ou au service, sont extrêmement nombreux, dans le champ des effectifs (nombre de contrats signés, types de contrats,) comme des rémunérations (rémunération nette fiscale, rémunération nette, rémunération brute non plafonnée, complément de traitement indiciaire, cotisations et contributions patronales, salariales, masse salariale des heures supplémentaires notamment). Or, pour un grand nombre de ces indicateurs, la fiabilité de la donnée, regardée annuellement voire *a fortiori* infra-annuellement, n'est pas acquise et pourrait générer des erreurs d'analyse conséquentes.

Zoom sur Vigie RH et le cube DSN dans Diamant : deux outils de gestion des tensions RH

Ces deux projets sont menés simultanément mais ne répondent pas aux mêmes besoins et utilisations. L'outil Vigie RH est né d'un Hackathon mené par la Dinum auquel la DGCS a participé et lors duquel elle a présenté le besoin d'avoir des indicateurs conjoncturels de suivi des tensions RH dans les ESMS.

⁵⁷ Panorama des établissements de santé, DREES.

Outil	Vigie RH	Cube DSN dans Diamant
Champ couvert	D'abord médico-social – EPHAD puis élargissement, puis extension envisagée au sanitaire mais qui doit être évaluée.	Médicosocial et sanitaire.
Origine des données	Données retraitées par la Dares, issues de DSN SISMMO.	Données DSN dites "administratives" car brutes agrégées à la maille d'un établissement. Les données ne sont pas retraitées et ne font l'objet d'aucun contrôle de cohérence ; ce ne sont donc pas des données de statistique publique. + un indicateur provenant du cube Dgfp (taux de charge liées à l'intérim) + un indicateur provenant du cube RPU (durée moyenne de passage aux urgences)
Administrations pilotes	DGCS/ DREES	Dinum / DARES
Contenu	Au début 10 indicateurs présentés au Hackathon mais qui sont en cours de stabilisation dans le cadre des GT menés par la DGCS.	Une soixantaine d'indicateurs bruts (de l'effectif contrat, en passant par le nombre de jours d'arrêt, au montant des rémunérations etc.). Définition de chacun des indicateurs, partagée dans un document cadre.
Cas d'usage	Au niveau national : - Disposer d'indicateurs conjoncturels sur les tensions RH par le suivi des emplois (embauches et fins de contrat) - Avoir une visibilité sur les tensions RH en infra-annuel Au niveau régional : - Anticiper et intervenir en cas de situations de crise RH. - Identifier des établissements en difficulté pour leur proposer des programmes d'accompagnement. - Comparer des établissements entre eux mais sans les challenger directement.	- Restituer des données brutes aux autorités de régulation pour leur permettre d'effectuer des retraitements. - Disposer d'outils permettant d'accompagner l'établissement au regard de l'adéquation des ressources humaines à la production de soins, et de mesurer cette adéquation de façon plus large territoire et région (rôle des ARS et de la DGOS). - Mesurer d'éventuelles tensions liées aux ressources humaines au sein de l'hôpital et des structures médico-sociales, évaluer si un phénomène de tension social est local ou général, et éclairer des décisions tant ministérielles que régionales et départementales. - Disposer de ces informations en quasi-temps-réel (M-2). - Ce ne seront pas des indicateurs statistiques, donc possibilité de challenger les établissements sur cette base. - Les données peuvent donc être opposables.
Utilisateurs	ARS / DGCS ensuite DGOS	ARS Ministères Sociaux, IGAS et ANAP

Workflow	Indicateurs RH seront intégrés dans Hélios qui est un tableau de bord interactif à l'origine conçu pour les indicateurs intégrés à l'outil Diamant, qui comportera un onglet Vigie RH
-----------------	---

[128] **Sans traiter de manière exhaustive la problématique de qualité des données déclarées par les employeurs dans la DSN** – point sur lequel la mission renvoie aux développements du rapport de l'IGAS et de l'inspection générale de l'INSEE⁵⁸ -, **il apparaît fondamental de rappeler le caractère encore très circonscrit de l'exploitation faite des données de la DSN, notamment par la statistique publique, et la recommandation transversale de prudence sur leur exploitation :**

- La qualité de certaines données peut ne pas être avérée :
 - C'est par exemple le cas des rubriques relatives à l'absentéisme, quel qu'en soit le motif. Les directions statistiques des ministères sociaux soulignent le niveau très hétérogène de fiabilité des données renseignées par les employeurs. DARES et DREES considèrent ainsi qu'à ce stade seule une exploitation limitée, pour un contrat, de l'existence ou non d'un arrêt au cours d'un mois est aujourd'hui envisageable avec un niveau suffisant de fiabilité. Il ne paraît pas atteignable à date d'exploiter les données de la DSN pour établir des taux d'absentéisme fiables ;
 - C'est également le cas du code professions et catégories socio-professionnelles (PCS). Comme souligné dans le rapport précité de l'IGAS et de l'inspection générale de l'INSEE, 20 % des codes PCS font l'objet de retraitements par l'INSEE dans le cadre de la production de la base tous salariés (BTS), en utilisant notamment la description par l'employeur du libellé de l'emploi, également déclaré en DSN.
- La qualité de certaines données peut ne pas être garantie pour une utilisation au mois le mois : cela comporte le risque de recueillir des informations bruitées et potentiellement trompeuses. Les heures supplémentaires, à titre d'illustration, peuvent dans les pratiques de paye des employeurs être déclarées avec retard par rapport à la DSN déposée au titre du mois au cours duquel elles ont été effectuées. Ce retard peut être d'un ou quelques mois : il peut également arriver que les heures supplémentaires ne soient réellement stabilisées qu'en fin d'exercice. Une exploitation infra-annuelle, visant à établir un suivi⁵⁹ des tensions en ressources humaines d'un établissement ou service, apparaît ainsi à ce jour largement imprudente, compte tenu des pratiques de paye des déclarants.

[129] **La DSN ne comporte pas, même sur un plan purement théorique, l'intégralité des données qui seraient utiles au pilotage des effectifs et de la masse salariale et ne peut ainsi, même à terme, constituer l'unique source de données RH :**

- Dans une optique d'identifier les tensions sur les ressources humaines et les besoins de recrutement, la DSN ne peut permettre d'établir un indicateur clef qu'est le taux de vacances de postes, quelle qu'en soit la méthodologie de calcul (cf. *infra*) ;
- Dans une finalité de suivi budgétaire, la DSN ne reflète, par construction, que les effectifs rémunérés en paie et non les effectifs prévus budgétairement au titre de l'exercice à venir

⁵⁸ IGAS, INSEE, « Utilisation des données de la Déclaration sociale nominative (DSN) à des fins de statistiques publiques ou de pilotage », 2021

⁵⁹ Par exemple sur la base d'un faisceau d'indices, selon une méthode qui reste à établir.

(comme les véhiculent les annexes aux EPRD et budgets prévisionnels transmis par les établissements et services) ;

- Dans une optique de contrôle et de vérification de la correcte application de la réglementation, la DSN ne contient pas d'informations sur le diplôme du salarié. Ne peut ainsi être envisagé de s'assurer du respect de normes portant sur l'obtention d'un diplôme pour l'exercice de certaines fonctions (à titre d'illustration pour vérifier l'application de la règle d'un minimum de 40 % de diplômés en EAJE).

[130] **Enfin, l'usage de la DSN est limité, notamment dans le champ médico-social, par le remplissage très limité et peu fiabilisé du numéro FINESS, condition indispensable pour affecter correctement les effectifs et leur rémunération aux activités qu'ils réalisent (pour les établissements pluriactivités)⁶⁰.** En outre, la tâche d'identification apparaît encore plus complexe dans le champ des EAJE qui ne relève pas du périmètre du référentiel FINESS, car le SIRET est insuffisant pour identifier les établissements publics – dont les effectifs sont le plus souvent « noyés » au sein des effectifs globaux de la collectivité locale. C'est notamment le cas des EAJE publics dont les professionnels sont aujourd'hui rattachés à la collectivité (mairie / département) et pas identifiés comme des structures à part entière. Par ailleurs, les acteurs rencontrés, DREES notamment au niveau national, estiment que les DREETS priorisent aujourd'hui dans la fiabilisation du numéro FINESS les structures d'hébergement d'urgence par rapport à celles de protection de l'enfance.

[131] **Au global, la DSN fait l'objet d'un début d'exploitation, encore circonscrit, et malgré son potentiel considérable nécessite un travail approfondi et prolongé de fiabilisation déclarative et de maîtrise des retraitements à opérer, tout en ne pouvant constituer, à terme, la source unique de données RH sur les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.**

1.2.4 Les données sont hétérogènes entre secteurs et selon les statuts juridiques, ce qui ne permet pas d'avoir une vision globale sur la situation RH des différents champs

1.2.4.1 Le secteur sanitaire est marqué par une asymétrie d'informations remontées par les établissements publics et privés, notamment lucratifs, ainsi que des carences en données fraîches sur l'absentéisme et les vacances de postes

[132] **Le suivi des établissements de santé par le ministère et les agences régionales de santé présente une situation contrastée en termes de disponibilité de la donnée RH nécessaire au pilotage des effectifs et de la masse salariale.**

[133] **La première limite majeure consiste en l'asymétrie existante entre les informations remontées par les établissements publics de santé et les établissements de santé privés non lucratifs et surtout lucratifs.** Alors que les établissements publics de santé remontent des données comptables précises sur leurs effectifs globaux comme la structure de leur masse salariale via les obligations de *reporting* budgétaire et des informations en termes d'effectifs, de masse salariale, de turn-over, de taux de vacances de postes, d'absentéisme via le bilan social / rapport social

⁶⁰ Concernant le champ médico-social, le rapport de l'IGAS et de l'Inspection générale de l'INSEE sur l'utilisation des données de la DSN à des fins de statistique publiques ou de pilotage évoquait un taux de remplissage du FINESS d'environ 30 %.

unique, les exigences formulées auprès des établissements de santé privés apparaissent bien plus limitées :

- Pour les ESPIC, des informations budgétaires sont disponibles via le dépôt des EPRD, des RIA et des comptes financiers, mais de manière beaucoup plus agrégée que pour les EPS, qui s'inscrivent dans une nomenclature comptable précise – la M21 – remontée mensuellement aux comptes publics ;
- Pour les établissements de santé privés à but lucratif, il n'existe pas de remontées d'ordre budgétaro-comptable.

[134] De manière globale, les établissements de santé quel que soit leur statut doivent renseigner la statistique annuelle des établissements (SAE) comme évoqué *supra* ce qui permet aux pouvoirs publics de disposer en milieu de l'année N+1 d'une vision consolidée sur les effectifs concourant au fonctionnement de tous les hôpitaux (qu'ils soient rémunérés ou non par l'établissement, notamment s'agissant des médecins libéraux au sein des cliniques privées), avec une ventilation par activité de soins. Les pouvoirs publics disposent par ailleurs des données sociales consolidées et retraitées par l'INSEE au sein de la BTS pour parfaire leur vision des effectifs et de la masse salariale des établissements de santé. Il n'en demeure pas moins qu'aucune information ne remonte de manière exploitable s'agissant de types de données aussi majeurs que les tensions en ressources humaines ou l'absentéisme pour les établissements de santé privés.

[135] **Se pose par ailleurs une question de fraîcheur voire de disponibilité des données s'agissant des tensions en ressources humaines et de l'absentéisme** notamment liée au décalage de publication du bilan social (la dernière publication porte sur l'exercice de 2019). Ce problème de fraîcheur de la donnée est transverse à plusieurs champs et sera développé dans le 2.2.3 du présent rapport.

[136] En tout état de cause, les données sur lesquelles peuvent s'appuyer les pouvoirs publics sur des problématiques majeures d'absentéisme ou de tensions de recrutements depuis le début de la crise sanitaire résident principalement dans les enquêtes menées par la FHF s'agissant des établissements publics, ce qui ne peut évidemment constituer une solution pleinement satisfaisante.

1.2.4.2 Le secteur médico-social est dans une situation paradoxale, avec des données RH relativement abondantes pour le public comme pour le privé mais des limites majeures pour le dénombrement d'effectifs par convention collective ou type de structure

[137] **La situation du domaine en termes de connaissance des effectifs et de la masse salariale par les pouvoirs publics** (ministère, agences régionales de santé, mais aussi conseils départementaux pour les établissements et services dont ils assurent la tarification et le contrôle) **se caractérise en premier lieu par des lacunes majeures sur des besoins de base :**

- C'est en premier lieu le cas de l'absence de source consensuelle pour dénombrer les effectifs par convention collective, alors même que cette dimension est fondamentale pour le bon pilotage du secteur, notamment dans le cadre de la procédure d'agrément des mesures salariales de branche ;

- C'est également le cas en matière de dénombrement des effectifs par structure, du fait de l'insuffisance de déclaration et *a fortiori* de déclaration fiabilisée du numéro FINESS au niveau du contrat dans la DSN. Cela entrave les tentatives de quantification par catégorie d'établissement, notamment dans le secteur du handicap et impose de recourir à des sources de données anciennes, solution peu satisfaisante et qui peut faire l'objet de contestations des acteurs du secteur.

[138] **En revanche, l'approche systématiquement transversale des remontées d'information sur les ressources humaines entre structures publiques et privées constitue un réel atout dans le pilotage du secteur.** Le tableau de bord de la performance constitue à cet égard un outil précieux, avec un niveau de renseignement élevé (85,5 % d'après les informations fournies par l'ATIH à la mission, avec une obligation de renseignement d'au moins 90 % des indicateurs pour le déclarant), qui permet un suivi des effectifs, de leur ventilation par fonction, de l'absentéisme, des vacances de postes et du turn-over.

[139] Le tableau de bord peut présenter certaines limites en termes d'exploitation régionale par les ARS, les indicateurs n'étant mis à leur disposition au titre de N qu'à la fin de l'année N+1. Ce délai apparaît cependant difficilement compressible compte tenu de la nécessité de donner aux établissements et services le temps nécessaire à son renseignement en début d'année N+1, mais du fait également du nécessaire travail de consolidation et de fiabilisation par l'ATIH.

[140] En cas de modification apportée au tableau de bord, la mission rappelle l'importance de consulter les principales fédérations du secteur médico-social, afin d'appréhender avec eux les potentiels impacts en termes d'usages des données. Pour rappel, au moment de sa généralisation en 2018, l'ensemble des fédérations concernées ont alerté la direction générale de la cohésion sociale des possibles dérives et conséquences de la généralisation du tableau de bord s'il devait être utilisé à des fins d'attribution de financement.

[141] **Surtout, ces données font l'objet d'une exploitation insuffisante par les pouvoirs publics, en termes d'usage interne mais aussi de publication de données nationales consolidées** – la dernière publication ayant été effectuée par l'ANAP en 2021 (sur des données 2018 collectées au cours de l'année 2019). Le premier rapport de la branche autonomie qui doit paraître au premier trimestre 2025 devrait comporter une présentation d'indicateurs consolidés dans le domaine des ressources humaines issus du tableau de bord de la performance. Cette initiative doit être encouragée et amplifiée pour l'avenir.

1.2.4.3 Le champ de la petite enfance se caractérise par une absence quasi-totale de données consolidées, avec une référence quasi exclusive aux enquêtes ponctuelles et circonscrites de la CNAF

[142] **Le champ de la petite enfance est caractérisé par une absence quasi-totale de données d'effectifs et de masse salariale dans les établissements d'accueil.** Cette absence de visibilité concerne à la fois le ministère et la CNAF, au niveau national, mais aussi les services de protection maternelle et infantile, en charge de la surveillance et du contrôle des EAJE et les communes ou intercommunalités, qui assument depuis la loi pour le plein emploi du 18 décembre 2023 une fonction d'autorité organisatrice de l'accueil du jeune enfant.

[143] Alors que l'accueil individuel par une assistante maternelle ou par une garde à domicile est l'objet d'un dénombrement précis par le centre national PAJEMPLOI, les parents lui déclarant la ou les personnes accueillant leur enfant ainsi que le nombre d'heures effectuées, il n'en va pas de même dans le champ de l'accueil collectif au sein des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE).

[144] Le mode de financement par le fonds national d'action sociale de la branche famille (FNAS) des EAJE relevant de la prestation de service unique (PSU) repose essentiellement sur l'activité de la structure. Les remontées d'information opérées par la CNAF reposent sur cette logique de suivi de l'activité. Elles ne comportent pas d'éléments concernant les effectifs des structures et leur ventilation par fonction ou diplôme. Pour les EAJE financés de manière indirecte – via un remboursement aux familles – par la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), il n'existe en tout état de cause pas de circuit de remontée de données de gestion vers les CAF.

[145] Il n'existe ainsi pas de données nationales consolidées sur les effectifs des EAJE. Les déclarations sociales des employeurs ne permettent pas de combler cette lacune, dans la mesure où le code de la nomenclature des activités françaises de l'INSEE (code NAF) dans lequel s'inscrivent les EAJE (88.91A : accueil de jeunes enfants) comporte également les effectifs d'assistants maternels et les services de garde d'enfant à domicile.

[146] Aucune information n'est collectée par la CNAF – ou par tout autre acteur – à ce jour. Cette absence totale de données a ainsi induit une allocation très dégradée des financements destinés à compenser la mise en place d'un bonus attractivité pour les personnels en EAJE : ce bonus a été calculé par EAJE en fonction des places, avec application d'un ratio d'encadrement forfaitaire, et non des effectifs réels. Des EAJE disposant de taux d'encadrement dégradés ont ainsi été surcompensés par ce type de logique et en tout état de cause une telle mécanique de ventilation financière n'apparaît par nature pas satisfaisante.

[147] Pour combler une partie de ces lacunes en termes de connaissance du secteur, la CNAF a mené fin 2022 une enquête ponctuelle sur les postes vacants dans le secteur, qui va être renouvelée en 2025. Mais de manière globale, il n'existe pas de données régulières sur les ressources humaines dans le secteur.

1.2.4.4 Pour les établissements et services de la protection de l'enfance, les seules informations disponibles relèvent d'enquête quadriennales de la DREES sur les effectifs

[148] **Dans le domaine de la protection de l'enfance, la seule source de données transversale disponible sur les effectifs est l'enquête *ad hoc* régulière de la DREES (dite ES-PE).** Les conseils départementaux, qui pilotent les mesures de protection administrative de l'enfant et mettent en œuvre les mesures de protection décidées par le juge et ne relevant pas de la projection judiciaire de la jeunesse, peuvent, à leur niveau, mettre en place des remontées spécifiques de données sur les ressources mobilisées par les établissements et services, sans qu'elles fassent l'objet d'une consolidation nationale.

[149] L'enquête ES-PE permet de disposer tous les quatre ans d'un état des effectifs (exprimés en équivalents temps plein à fin décembre de l'année considérée) globaux dans les structures de la protection de l'enfance. Elle présente également une ventilation de ces effectifs par grands types

de fonctions. Enfin, elle permet de disposer d'informations sur le sexe, l'âge, l'ancienneté et le diplôme des personnels.

[150] Ces données sont cependant à la fois anciennes et parcellaires au regard des besoins. Ces enquêtes permettent à intervalle régulier de disposer d'une photographie utile des effectifs des différents types de structures accueillant les enfants placés au titre de l'aide sociale à l'enfance, avec une ventilation par fonction. Cependant, le périmètre de cette enquête ne permet pas de disposer d'une vision par convention collective, d'informations sur l'absentéisme, sur le turn-over les postes vacants, sur la masse salariale, etc. Aucune autre source de données ne permet de combler cette lacune, à tout le moins consolidée au niveau national.

[151] Par ailleurs, il convient de mentionner **l'enquête annuelle menée par la DREES auprès des conseils départementaux sur leurs personnels en charge de l'action sociale et médico-sociale**. Elle ne donne par construction qu'une vision parcellaire des seuls effectifs affectés à l'accueil d'enfants relevant de l'ASE au sein des personnels départementaux.

[152] Enfin, **des enquêtes ponctuelles peuvent être réalisées par les acteurs du secteur**⁶¹.

2 Malgré l'émergence d'une culture du pilotage par la donnée, le manque de fraîcheur, de fiabilité ainsi que la lourdeur de la collecte nuisent à l'efficacité et à la crédibilité des remontées existantes

2.1 Des limites techniques et organisationnelles – le plus souvent transverses à l'ensemble des secteurs – nuisent à la fiabilité des données et induisent un découragement des autorités utilisatrices comme des établissements et services

2.1.1 Le caractère sous-optimal des SI ne permet pas d'assurer la fiabilisation du système de collecte

2.1.1.1 L'absence d'automatisme dans la remontée des données constitue un facteur de fragilisation de la qualité de ces remontées

[153] **La multiplicité des bases décrites dans les précédentes parties est un véritable frein à l'automatisation des remontées de données** et cela tout au long du processus : de l'intégration des données dans le système d'information des établissements jusqu'au niveau national d'agrégation de ces dernières.

[154] Les établissements et services, en particulier les plus petits d'entre eux, peu dotés en outils d'importation de données, sont confrontés la plupart du temps à une obligation de saisie manuelle dans les différentes bases à renseigner. **La saisie manuelle, au-delà de son caractère**

⁶¹ A titre d'exemple : L'enquête nationale sur les assistants familiaux, DREES.

chronophage, pourvoyeuse en moyens humains, diminue la fiabilité avec laquelle les données sont remplies et dépend largement du niveau de compréhension et d'interprétation du gestionnaire.

[155] Par ailleurs, les SIRH et les SI de gestion des temps, qui sont les principaux outils de gestion des données RH au sein d'un établissement/service, sont multiples à l'échelle d'un secteur, d'une fédération et parfois même d'un organisme gestionnaire. Ainsi, à titre d'exemple, chaque CHU a aujourd'hui son propre système d'information RH bien que le marché soit partagé entre un nombre restreint d'éditeurs (Asys, MIPIH, Cpage etc.)⁶². **Le manque d'homogénéité de ces systèmes d'information, ou a minima leur absence d'interopérabilité, rend difficile la remontée homogène et automatisée ainsi que subsidiairement le partage des données entre les différents acteurs, par exemple à des fins de comparaisons entre établissements, ou encore pour les pouvoirs publics, à des fins de pilotage.** Cela favorise donc le *reporting* manuel, qui présente les limites déjà évoquées.

[156] **Malgré cette diversité de logiciels équipant les établissements, la mission constate cependant l'existence de modules internes aux SIRH (ex du MIPIH qui propose ces modules) qui permettent d'incrémenter directement les données du SIRH vers les outils publics de recueil de la donnée, telle que la SAE, participant ainsi d'une démarche de fiabilisation.** C'est par exemple le cas à l'APHM, où la direction des ressources humaines note une véritable fiabilisation des requêtes avec la mise en place de ce module. Mais cela suppose les moyens d'investir dans l'achat de tels modules, qui restent coûteux. Le centre hospitalier de Roubaix, par exemple, est quant à lui contraint, comme de nombreux autres établissements et services, à l'utilisation de requêtes Excel à partir de données brutes qui doivent être retravaillées pour répondre aux définitions des indicateurs requis. Dans d'autres cas, les établissements sont amenés à réaliser des contrôles de cohérence manuellement quand l'éditeur du SIRH ne propose aucun système de requêtes automatisées.

La mise à disposition et le financement par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté de deux requêtes de données RH « suivi des effectifs et de la masse salariale » et « suivi des postes »

L'ARS BFC a mis en place en 2017, pour les établissements de santé, un tableau de suivi de la masse salariale à transmettre à l'ARS tous les mois.

Face au constat d'une fiabilité limitée des données inscrites dans ce tableau, un cahier des charges a été travaillé et envoyé à l'éditeur de logiciels « Cpage » pour faire correspondre les requêtes du logiciel aux entrées du fichier Excel.

Ce développement a été financé par l'ARS de telle sorte à aider les établissements, notamment les plus petits, à faire leur *reporting*.

Cela a été rendu possible du fait de la présence d'un éditeur de logiciels RH partagé par de nombreux établissements sanitaires présents en BFC. Une telle démarche n'est donc pas aisément transposable à d'autres territoires.

⁶² Voir la liste partagée par l'ANAP dans leur panorama des solutions du marché.

2.1.1.2 Le développement progressif d'une interopérabilité des bases de données au niveau national simplifie grandement la remontée de la donnée et répond au principe du « dites-le nous une fois »

[157] **Les outils développés pour favoriser des Imports automatisés de la donnée d'une base vers une autre constituent une véritable avancée en matière de simplification pour les établissements et d'amélioration de la fiabilité de la donnée.** Ainsi, la CNSA et l'ATIH ont mis en place un import automatisé des éléments budgétaires des ERRD et des CA vers le tableau de bord de la performance (ImportCA et ImportERRD). Ces imports ont vocation à être étendus pour les données contenues dans les volets « effectifs » et « masse salariale » de ces mêmes documents, qui alimenteront également directement le tableau de bord de la performance⁶³. Pour autant, ces démarches restent assez limitées en nombre et supposent en amont une attention particulière à la fiabilité des données qui sont déclarées par les structures. Par ailleurs, les acteurs du médico-social qui sont dans un cadre de co-financement, et qui produisent également un CA pour les conseils départementaux, ne peuvent pas bénéficier de cet import. La mission encourage ces développements également dans le cadre du remplissage du RSU, qui pourrait également bénéficier d'imports automatisés.

[158] **L'enjeu de l'automatisation de l'intégration des données de la DSN dans les différentes bases est majeur.** Il n'existe à ce jour pas d'interfaçage entre les données déclarées en DSN et les différentes bases qui contiennent des données RH (tableau de la performance, SAE, RSU – ex-bilan social, EPRS ERRD, enquêtes quadriennales etc.). Certaines entreprises ou fédérations tentent de le faire à leur niveau, pour développer des outils qui vont rechercher de la donnée en DSN pour alimenter des indicateurs de pilotage interne, mais cela reste à un niveau micro **pour des structures qui disposent de moyens humains et financiers.**

[159] Pour tenter de contourner ces limites, et apporter des solutions aux utilisateurs, différents projets voient le jour. C'est notamment le cas du **projet Badiane** (Base de Données Inter administrative Annuelle des ESMS), porté par la DREES, qui part du constat que de nombreuses données sont recueillies auprès des établissements sociaux et médicosociaux, sans consolidation entre elles. Ce projet **répondra à terme au besoin de limiter les déclarations des établissements et services en simplifiant certains champs demandés dans les enquêtes quadriennales, pour lesquels la DREES pourrait puiser à d'autres sources. A court terme, il vise à agréger les données fiabilisées les plus fraîches en provenance de l'ensemble des outils de remontée de la donnée dans le secteur médico-social** (en couvrant actuellement le secteur PA limité aux EHPAD, avec un souhait d'extension à l'ensemble du champ PA et d'évolution vers le secteur PH). Aussi, les établissements et services n'auront plus à renseigner deux fois les mêmes données. La base Badiane permet donc de récupérer les données administratives présentes dans le tableau de bord de la performance (notamment pour les données de personnel), dans les données prix de la CNSA (pour les tarifs) mais également, à terme, dans la DSN. Pour ce faire, un travail de retraitement est

⁶³ Le maintien des mêmes informations, alimentées par une seule source, dans deux bases différentes, peut en première approche apparaître incohérente. Elle se justifie par des utilisations différenciées des bases, le tableau de bord constituant notamment un outil de comparaison potentielle entre établissements et services, pour les ARS comme pour les structures elles-mêmes. Or, il ne s'agit pas d'une fonctionnalité proposée par les outils de collecte des données budgétaires-comptables comme ImportCA et ImportERRD.

nécessaire dans la mesure où seuls 70% des établissements présents dans la base Finess ont été retrouvés à ce stade en DSN.

Badiane

Le projet Base de données inter-administratives des ESMS dit « Badiane », conçu par la Drees, part du constat dans le secteur médico-social d'un manque de données agrégées entre les périodes d'enquêtes quadriennales. L'ambition est de développer une base de données qui permette donc de donner à voir les évolutions du secteur entre les deux enquêtes.

C'est un fichier à vocation d'études et de recherches, rassemblant des informations relatives au fonctionnement, à l'activité, au personnel et au public accueilli dans les structures médico-sociales.

Badiane est ainsi alimentée de différentes bases : la DSN, en intégrant le répertoire Finess ; le tableau de bord de la performance ; des imputations assises sur les enquêtes EHPA. Des travaux sont en cours pour alimenter Badiane avec les données issues de la base Tous salariés.

Les données sont corrigées et retraitées et réinjectées pour faciliter les réponses des établissements au moment des enquêtes quadriennales.

A ce jour, la base ne concerne que les EPHAD. L'ambition est de la faire évoluer sur l'ensemble du secteur autonomie et d'intégrer à moyen terme les établissements du secteur du handicap.

L'objectif à terme est de pouvoir diminuer la charge de collectes sur le secteur.

2.1.1.3 Des données facultatives et des possibilités de comparaisons entre structures et entre secteurs limitées

[160] **La majorité des données RH remontées au niveau national ne le sont que de manière facultative**, avec une obligation qui ne concerne en réalité que les remontées via la DSN et les documents budgétaires. Cette appréciation rend, par définition, les remontées non exhaustives et ne permet pas de couvrir l'ensemble des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires de manière complète.

[161] **En réalité, les outils RH à disposition des établissements ont été conçus, notamment dans le secteur public, pour gérer des carrières et ne sont ainsi pas adaptés à la production de données statistiques ou de pilotage national** ; tout usage à vocation statique ou de pilotage au niveau national est par nature laborieux. La question même de la définition des indicateurs de suivi n'a pas été pensée à travers ces systèmes d'information RH. Les acteurs tentent donc de trouver des méthodes agiles pour remplir les objectifs de connaissance des ressources humaines des structures. C'est notamment le cas de la base de Poitiers qui est venue, pour les CHU, pallier les nombreuses difficultés rencontrées par les établissements en matière de suivi avec la création d'un outil (Excel) qui permet pour un nombre réduit d'établissement (31 CHU) de se comparer sur la base d'indicateurs partagés. Un travail important de définitions de ces indicateurs a été mené par les DRH des CHU pour permettre une véritable comparaison entre les établissements.

La base de Poitiers

Issue d'un groupe de travail entre les DRH des CHU, la base de Poitiers est une base de données mise à disposition des 31 CHU qui l'alimentent et est pilotée par le CHU de Poitiers.

L'objectif est de mettre en comparaison différentes données RH pour donner la possibilité aux établissements de se situer au regard d'une moyenne, ou vis-à-vis d'un autre établissement.

Une enquête est ainsi transmise à l'ensemble des DRH à chaque début d'année sur les données de l'année n-1, et est restituée avant l'été de l'année n. elle est accompagnée d'un guide méthodologique de définitions partagées des différents indicateurs qui a été élaboré en concertation avec l'ensemble des CHU.

Cette base de données existe depuis 2002, mais a vu le nombre de CHU adhérents augmenter depuis 20 ans, jusqu'à atteindre les 31 établissements.

Les données collectées et suivies intègrent des données d'absentéisme, dans ses différentes composantes (maladie, AT-MP, CLM-CLD ou encore maternité), mais aussi des données de masse salariale ou encore de turn-over.

2.1.1.4 L'usage des données est également limité par leur manque d'urbanisation

[162] **De manière générale, et cela malgré les différentes initiatives, la mission constate un manque de logique globale d'urbanisation des systèmes d'information RH, qui permettrait par ailleurs une profonde simplification des démarches des différents établissements.** A ce stade, ce sujet n'est en effet pas pris en main par un interlocuteur identifié, hormis les travaux lancés par la Délégation au numérique en santé (DNS) qui ont pour objectif de rationaliser l'ensemble des collectes de données dans le secteur médico-social, dont les données RH. Ainsi la DNS souhaite, en lien avec les administrations et opérateurs concernés (DGCS, CNAM, ATIH, CNSA etc.), proposer un cadre d'urbanisation des remontées de données qui permette, d'une part de consolider ces remontées, et d'autre part de clarifier leurs usages pour envisager à terme de tendre vers un système de collecte unique. Ces travaux concernent l'ensemble des données du secteur et ne sont ainsi pas propres au champ de la mission.

[163] Sans coordination ministérielle globale, des besoins ponctuels d'outils d'exploitation de la donnée peuvent être établis en réponse à des demandes régionales (par exemple, le cube DSN sur les tensions RH piloté par la DNUM ou le projet Vigie RH porté par la DGCS et la DREES), mais risquent d'alimenter le manque d'urbanisation d'ensemble.

[164] L'enjeu réside également dans un travail de collaboration à mener avec l'ensemble des éditeurs de logiciels RH (paye, gestion des temps etc.) pour que puisse être développée une automatisation du renseignement de certaines bases RH avec les informations qui sont intégrées dans ces logiciels. Aussi, ce travail permettrait de travailler à la fois à l'automatisation des remontées, mais surtout à leur fiabilisation pour éviter les redondances entre les bases de données, et à moyen-long terme avec les données natives comme la DSN.

2.1.2 Les déclarations manquent de suivi et de retour aux établissements et services, ce qui altère toute chance de mise en place d'un cercle vertueux de la donnée

[165] Comme évoqué, il revient aux ARS, en plus de l'approbation des documents fournis dans le cadre des campagnes financières, de **valider les campagnes de remontées de plusieurs outils de collecte, notamment pour le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social** pour les structures que l'ARS finance ou cofinance ou pour la SAE dans le champ sanitaire. Pour autant, **chaque ARS est outillée différemment**, et n'a pas le même niveau de contrôle des données remontées, en raison des moyens disponibles, d'une absence de priorisation de cette mission, du manque de profils adéquats ou de méthodologie propre. Aussi, le contrôle et donc la fiabilisation des données reste très variable selon les ARS. Certaines agences ont par exemple investi dans des systèmes de relance des établissements pour assurer la remontée des données dans le tableau de bord de la performance notamment, mais elles constituent l'exception. Une bonne partie des ARS que la mission a rencontrées a affecté une fraction d'ETP (entre 0,25 et 1) à la remontée des atypies du tableau de bord de la performance, afin de fiabiliser les données. Certaines ARS effectuent des contrôles entre indicateurs issus de différentes bases ou entre les années au sein d'une même base pour s'assurer de la cohérence globale des données déclarées. A titre d'exemple, dans le cadre des remontées de la SAE, elles peuvent être amenées à vérifier si d'une année à l'autre l'évolution des effectifs est cohérente (il existe par ailleurs des alertes automatiques, calibrées nationalement, en cas de variation supérieure à un certain seuil entre chaque exercice pour les indicateurs renseignés), sans pour autant effectuer des croisements de données systématiques entre différentes bases. Dans la pratique les ARS ne le font que très peu, et externalisent pour partie les contrôles. Concernant les documents budgétaires, les ARS ont environ un mois pour contrôler l'ensemble des tableaux déposés dans le cadre des EPRD et des comptes financiers des établissements. Selon le nombre d'établissements, le contrôle est ainsi plus ou moins poussé et peut être priorisé en fonction de critères classiques de taille de la structure, de difficultés financières ou RH éventuelles, etc. Plus le tableau de bord est rempli, plus les autorités sont enclines à s'en saisir, que cela soit du côté des ARS ou des CD.

[166] Plus spécifiquement, depuis que la SAE a été utilisée pour le calcul de l'allocation des ressources issues du Ségur, les établissements sont plus enclins à assurer une meilleure fiabilité de son remplissage, ce qui facilite grandement le contrôle de cohérence et donc la validation des bases, désormais plus fiables, de la part des ARS.

[167] **Le taux d'alimentation des bases est donc variable d'une région à une autre.**

[168] En moyenne, selon l'ATIH, **85,5% des ESMS concernés par l'obligation de remplissage du tableau de bord ont vu leurs données validées⁶⁴ en 2023, avec un taux de participation estimé à 86,3%⁶⁵**. A ce jour, bien que cet outil soit largement utilisé, et malgré la mise en place de garde-fous par l'ATIH, qui valide directement un nombre important de données du tableau de bord, **la fiabilisation des données reste largement perfectible**. L'instauration d'un taux de remplissage fixé

⁶⁴ La validation s'opère si les critères suivants sont remplis : 90 % de taux de remplissage, sans atypie bloquante et saisie des données obligatoires.

⁶⁵ Sur les 21 559 ESMS concernés selon le bilan de synthèse de 2023 sur le tableau de bord de la performance présenté par l'ATIH

à 90 % par l'arrêté du 11 août 2022⁶⁶, obligatoire pour valider une campagne, constitue une avancée bien que son non-respect ne s'accompagne d'aucune sanction. L'agence valide ainsi automatiquement en fin de campagne les structures ayant atteint les obligations fixées dans les textes réglementaires (taux de remplissage global minimal, indicateurs à renseigner obligatoirement) et ayant renseigné leur donnée capacitaire afin de ne pas les pénaliser pour l'accès aux restitutions.

[169] A l'ensemble de ces bases, **s'ajoutent des enquêtes, permanentes** (EHPA, ES-Handicap ou ES-PE) **comme ponctuelles** (mesurer l'impact des revalorisations Ségur ; documenter des situations de tension RH ; évaluer le niveau d'interim etc.) pour lesquelles les acteurs notent, au-delà de leur caractère chronophage, **une absence de retour sur les résultats dans de nombreux cas**. En effet, notamment lorsque les enquêtes sont du niveau national, on constate que très peu de retours sont adressés aux établissements et services, et même aux ARS, qui permettraient aux acteurs de trouver une utilité directe à répondre aux enquêtes. Au niveau régional, les autorités tentent de restituer un maximum de résultats aux établissements, en explicitant la finalité des exercices demandés. Même les ARS qui intègrent cet objectif de transparence constatent des baisses de participation des structures, qui se déclarent être découragées par le temps nécessaire à l'extraction, à la fiabilisation, voire au retraitement et à la saisie des données.

[170] **La mission a d'ailleurs pu constater que les ESMS concernés par le tableau de bord de la performance n'utilisent pas au même niveau la restitution annuelle automatisée des indicateurs intégrés dans le tableau de bord – voire en ignorent l'existence.** L'enjeu de la restitution est pourtant majeur pour alimenter le cercle vertueux de la donnée. La mission a pu le constater dans ses différents échanges avec les entreprises de secteur varié. Ainsi le groupe Carrefour développe par exemple une offre de service pour resituer les différents indicateurs produits par profil d'utilisateur (région, unité, groupe).

[171] **La multiplication des bases et outils de remontée de la donnée RH participe d'une complexité du paysage et alimente la réticence des établissements à s'en saisir.** Forts de ces constats, la simplification selon le principe du « dites-le nous une fois » est largement portée par les acteurs de terrain, qu'ils soient ARS, CD ou établissements. Le cercle vertueux qui pourrait être créé – une donnée fiabilisée remontée aux autorités qui sert à la fois le national et qui permet aux acteurs de mieux appréhender leur structure en se comparant aux autres – est bien souvent enrayé, à l'exception de quelques bonnes pratiques.

[172] Enfin, les acteurs mettent en avant **un manque de cohérence des données dans les différentes sources à disposition**. A titre d'exemple, après l'attribution des enveloppes Ségur sur la base de la SAE, certaines ARS ont effectué un travail a posteriori pour comparer les dotations au regard des données présentes dans les EPRD des années 2019 à 2021, avec le constat d'une différence entre le déclaré dans la SAE et les données présentées dans les documents budgétaires. La mission a pu constater dans certaines ARS ou certaines directions d'ARS un découragement global par rapport au constat d'incohérences entre sources, pouvant conduire dans certains cas à un désinvestissement des tâches d'analyse de la donnée.

⁶⁶ Arrêté du 11 août 2022 modifiant l'arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social

2.1.3 Une fraîcheur des données relative, qui permet au mieux de constater, mais pas de piloter

Tableau 1 : Rappel des délais de publication et de consolidation de différentes sources de données RH

Source de données	Délai de consolidation/publication
Base tous salariés	Objectif n+12 mois mais en réalité n+18
Bilan social	N+2 en principe mais en l'état le dernier bilan social publié par l'ATIH date de 2019. Consolidation en cours au niveau national des données 2022
RSU	Objectif fixé : n+1
Tableau de bord de la performance	N+1
SAE	N+6 mois pour la base administrative, N+10 pour la base statistique
CA EPRD et ERRD	Environ mi-n+1 pour que les données remontent à la CNSA
ES-handicap et EHPA	2 ans après l'année de collecte, sachant qu'une enquête est quadriennale

[173] Globalement, l'ensemble des sources de données RH disponibles aujourd'hui, et cela dans chacun des secteurs, offre une photographie de la situation RH des établissements et services, **avec une ou plusieurs années de décalage. Les indicateurs disponibles ne sont pas aujourd'hui des outils de pilotage de politique des ressources humaines**, au sens où ils permettraient une prise de décision ou une action, mais permettent uniquement de constater a posteriori des évolutions de politiques RH. Les acteurs de régulation déplorent le **manque de fraîcheur de données qui ne permettent pas d'intervenir en cas de situations de crise ou même dans des délais qui permettraient d'infléchir les tendances rapidement**⁶⁷. Or les solutions méritent d'être pensées rapidement compte tenu des enjeux et des délais de formation des professionnels.

[174] **Plusieurs ARS rencontrées par la mission considèrent ainsi que les données RH « ne sont pas des données d'entrée mais des données de sortie »**⁶⁸ ; elles ne sont ainsi pas utilisées pour allouer les ressources. Ces mêmes ARS ne les étudient pas dans une perspective prévisionnelle, mais, quand elles le font, en rétrospectif et cela même lorsque les indicateurs RH sont analysés pour évaluer l'efficacité de l'activité.

[175] **Les administrations centrales quant à elles mettent également en avant les limites de données considérées comme obsolètes lorsqu'il s'agit de répondre à des commandes politiques urgentes** qui visent, par exemple, à évaluer la nécessité d'une mesure salariale, son étendue ou encore son impact.

[176] Spécifiquement dans le secteur médico-social, la mission a constaté que le manque de fraîcheur des données, notamment présentes dans les tableaux de bord de la performance (absentéisme, taux de vacance et rotation), associé à un manque de couverture de l'ensemble du champ – le tableau de bord vient juste d'inclure les SAAD – ne permettent pas de disposer d'une

⁶⁷ A titre d'illustration, les tensions en matière de recrutement sont constatées avec retard (sauf en cas d'alerte directe d'un établissement auprès de l'autorité de financement/régulation).

⁶⁸ Selon les termes d'un DG d'ARS interrogé par la mission

granularité suffisante pour analyser des données à l'échelle d'une branche ou d'une convention collective par exemple.

[177] Le bilan social, quant à lui, n'a pas fait l'objet d'une consolidation et d'une publication nationale par l'ATIH ou la DGOS depuis le début de la crise sanitaire de la Covid – la dernière publication porte sur l'exercice 2019. La relance des établissements publics de santé n'a pas été jugée prioritaire sur la période récente et la publication qui interviendra prochainement des dernières données du bilan social portera sur l'exercice 2022, avec un délai qui ne permet pas de faire de cette base un élément d'orientation de décisions nationales. Il existe un fort enjeu dans le cadre de la bascule vers le RSU dont la collecte a débuté en juin 2024 au titre de l'exercice 2023⁶⁹ à gagner en réactivité dans la consolidation des données remontées et leur restitution à un niveau national, voire régional au bénéfice des ARS, même si elle reste peu réaliste au regard du nombre important d'indicateurs recensés.

[178] **Le décalage entre la collecte et la disponibilité des données limite donc la pertinence des analyses et rend le pilotage inopérant ou peu réactif aux évolutions sectorielles, que ce soit à l'échelle locale, régionale ou bien nationale.** Sans tomber dans un excès inverse, qui consisterait à chercher à disposer d'une donnée en quasi-temps réel quel que soit le cas d'usage⁷⁰ (ce qui n'est pas même souhaitable ou atteignable en cible, dans la mesure où un indicateur regardé de manière trop rapprochée présente un risque fort de livrer une vision bruitée de la réalité), ou à conditionner l'action à ce type de données, des progrès importants doivent être réalisés en la matière dans le secteur considéré par la mission.

2.2 L'émergence de la culture du pilotage des ressources humaines par la donnée passe par une meilleure appréciation par les acteurs des enjeux de la statistique publique

2.2.1 Le développement de la culture de la donnée pour accompagner le pilotage RH des pouvoirs publics mérite d'être poursuivi à tous les niveaux de décision

[179] **Après plusieurs années de crise sanitaire, et de « quoi qu'il en coûte », la situation financière des établissements et services sanitaires et médico-sociaux est particulièrement préoccupante dans un contexte national de tension sur les finances publiques.** Les logiques de pilotage budgétaire et RH, qui préexistaient au niveau des structures et des autorités de régulation, doivent être retrouvées et s'adapter au contexte actuel, notamment avec un besoin de renouvellement des outils à disposition des établissements⁷¹. Par ailleurs, le contexte de tension sur les ressources humaines (de recrutement comme de fidélisation) a fait émerger de nouvelles problématiques qui

⁶⁹ En routine, la collecte serait ouverte de mars à la fin de l'été N+1 en application de l'instruction N° DGOS/RH3/2023/123 du 28 juillet 2023 relative à l'enquête réalisée auprès des établissements de la fonction publique hospitalière pour recueillir un ensemble de données issues des bases de données sociales.

⁷⁰ Le groupe Carrefour, que la mission a pu le voir dans le cadre de ses entretiens de parangonnage avec le secteur des entreprises privés, a fait le constat que certaines données demandées à fréquence hebdomadaire n'étaient pas forcément nécessaires dans ces temporalités, car les leviers à activer dans le cadre du pilotage n'étaient quoi qu'il n'en soit pas activables dans cette temporalité (absentéisme, suivi des recrutements etc.).

⁷¹ Comme a pu le mentionner la direction des ressources humaines de l'AP-HM.

nécessitent des prises de décisions de la part des pouvoirs publics en termes RH, dont il n'était pas question avant la crise.

[180] **Pour cela les autorités de régulation, au niveau national mais aussi régional ont récemment commencé à investir dans des moyens humains et techniques pour faire face aux enjeux de pilotage des données RH et ainsi mieux appréhender le nouveau contexte de la politique de ressources humaines du secteur, sans toutefois toujours parvenir à remplir ces objectifs.**

[181] A titre d'exemple, les deux directions d'administration centrale en charge de ces sujets – direction générale de l'offre de soins (DGOS) et direction générale de la cohésion sociale (DGCS) – se sont dotées de cellules et départements données et études statistiques pour alimenter leurs connaissances des ressources humaines, et éclairer les décisions de politique publique à l'aide de données agrégées. Dynamique qui semble nécessaire mais qui questionne également la dispersion des ressources entre directions d'administration centrale pour des secteurs qui restent très proches et pour lesquels certaines analyses méritent d'être partagées (par exemple, pour évaluer l'impact des revalorisations salariales sur une catégorie de professionnels qui interviennent tant dans le secteur sanitaire que médico-social). Certaines ARS ont également créé des services d'études et d'évaluation, comme le département études enquêtes et évaluations de l'ARS PACA que la mission a rencontré. Par ailleurs, dans la continuité des travaux précités IGAS-INSEE de juin 2021⁷², un réseau de référents des ARS correspondants de la DREES a été structuré pour développer des relations directes à des fins de pilotage et de suivi des politiques sanitaires.

[182] Ainsi le **développement de la culture de la donnée des pouvoirs publics est un mouvement en cours de déploiement et mérite d'être poursuivi à tous les niveaux.** Cette culture de la donnée repose sur la capacité à « prendre conscience du potentiel des données dans le cadre de ses missions »⁷³. Les enjeux de formation et de recrutements dédiés, comme rappelés dans le rapport de l'INSEE sur l'évaluation des besoins de l'Etat en compétence et expertise en matière de données de 2021, concernent tout autant les pouvoirs publics dans les domaines de la santé, du social et du médico-social. La DGCS a par exemple créé en 2021 une base de données « RAMSES » pour produire des indicateurs annuels par établissement à partir des données « brutes »⁷⁴ de la DSN et ainsi améliorer, à son échelle, le pilotage de la masse salariale du secteur social et médico-social. La DGCS est en effet habilitée à utiliser environ 90 catégories d'informations de la DSN, définies par l'arrêté filtre précité. Elle ne dispose pas d'un accès aux données individuelles anonymisées et doit donc faire appel à la DREES pour conduire des exploitations. Bien que cette base ne soit pas complètement fiabilisée, elle a le mérite d'illustrer les efforts des pouvoirs publics à produire de la donnée RH à des fins de pilotage. La mission préconise l'arrêt des développements sur la base RAMSES, qui va, en accord avec la DGCS, laisser place à Vigie RH.

[183] **Cette émergence de la culture de la donnée est ainsi observable à tous les niveaux de pilotage et de décision.** Pour autant, certaines ARS rencontrées par la mission restent frileuses à s'en saisir totalement, faute de fiabilité et de disponibilité immédiate, le tout conjugué aux contraintes d'ETP et parfois de profils adéquats des effectifs en ARS.

⁷² IGAS, INSEE, « Cartographie des productions de statistiques publiques dans les domaines de la santé et de la solidarité », 2021

⁷³ INSEE, DARES, DINUM, Evaluation des besoins de l'Etat en compétences et expertises en matière de donnée, 2021

⁷⁴ C'est-à-dire sans aucun retraitement.

2.2.2 La clarification des usages de la donnée selon son origine (statistique ou administrative) est un prérequis pour assurer un pilotage RH effectif, dans le respect des règles de la statistique publique

La statistique publique

« Les services statistiques ministériels (SSM) constituent avec l'Insee le service statistique public, tel que défini par la **loi 51-711 du 7 juin 1951 modifiée** sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques et dont l'Insee assure la coordination », selon le rapport IGAS-INSEE de 2021 de cartographie des productions statistiques dans le champ des ministères sociaux⁷⁵.

Parmi leurs six grandes catégories de missions, le rapport rappelle que les SSM ont vocation à apporter un « appui aux administrations pour le pilotage des politiques publiques via des analyses, l'élaboration de statistiques, d'indicateurs, de tableaux de bord, répondant aux besoins des ministères de rattachement et qui ne sont pas soumises à l'obligation de diffusion publique qui s'impose aux statistiques publiques ».

Aussi, le rôle des SSM est également d'appuyer les administrations « métiers » pour mieux piloter leur secteur d'attribution, mais cela dans un cadre qui diffère puisqu'ils ne sont pour cela pas soumis à l'obligation de diffusion.

Enfin, les SSM sont tenus de respecter le code des bonnes pratiques de la statistique européenne.

[184] **La problématique de l'exploitation des données de ressources humaines est irriguée par une opposition souvent formulée par les acteurs entre données statistiques et données administratives** ; les premières auraient pour essentielle fonction l'observation, les deuxièmes serviraient pour leur part au pilotage, notamment au niveau des acteurs régionaux – ARS et DREETS. Il paraît cependant nécessaire de dépasser ce type de présentations.

[185] En premier lieu, et selon la présentation faite par la DREES à la mission, la notion de données statistiques peut recouvrir des significations différentes selon les contextes d'emploi :

- On peut tout d'abord parler de données statistiques lorsque des données administratives ont fait l'objet de retraitements et de corrections (par exemple pour supprimer des valeurs considérées comme aberrantes) ;
- On peut également évoquer la nature statistique de données lorsque celles-ci ont été agrégées afin de ne pouvoir en déduire aucune information individuelle ;
- La notion de données statistiques peut recouper celle du secret statistique au sens de la loi de 1951⁷⁶, principe visant à garantir la confidentialité des informations relatives à la vie personnelle et familiale des personnes physiques, par exemple en matière de données de santé, ou relatives au secret commercial, concernant les entreprises.
- Enfin, selon un principe du code des bonnes pratiques de la statistique européenne, il ne peut y avoir d'accès privilégié ou anticipé aux données recueillies par le service de statistique publique. Les données sont publiées, et ensuite, il est possible, dans le cadre des

⁷⁵ IGAS, INSEE, « Cartographie des productions de statistiques publiques dans les domaines de la santé et de la solidarité », 2021

⁷⁶ Article 7 bis de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.

enquêtes par exemple, de mettre en place des exploitations ad hoc pour les administrations qui en émettraient le besoin, dans le respect du secret statistique.

[186] **Les données déclarées par les établissements sanitaires et les ESSMS font en effet largement l'objet de retraitements et corrections par les services de la statistique publique.** Le rapport précité de l'IGAS et de l'INSEE sur l'utilisation des données de la DSN à des fins de statistique publique ou de pilotage⁷⁷ évoquait ainsi quatre grands types d'intervention sur les données issues des déclarations sociales des employeurs : i) l'identification voire la correction des principales erreurs déclaratives ; ii) la gestion des doublons ; iii) la gestion des déclarations en retard ou rectificatives, avec affectation à la date de référence ; iv) une traduction des rubriques administratives de la DSN en concepts statistiques.

[187] **En pratique, des finalités de pilotage n'impliquent pas nécessairement la prise en compte de données brutes, retraitées, administratives ou bien statistiques. Celles-ci varient selon l'usage qui en est ensuite fait.** D'ailleurs, les données dites administratives font également l'objet d'un minimum de traitement statistique pour pouvoir être utilisées. En effet, il existe d'importantes limites, voire risques, à fonder un pilotage sur des données brutes tirées des SI internes aux établissements. **S'il est nécessaire de distinguer les données statistiques publiques, du reste des données c'est avant tout pour questionner les finalités des usages et donc les exigences qui en découlent.** Lorsque par exemple les données sont utilisées pour alimenter les échanges entre une autorité et un établissement ou service déclarant, elles ne peuvent pas être le fruit d'un retraitement par la statistique publique. Leur opposabilité n'est possible que s'il s'agit de données déclarées non retraitées. Dit différemment, il n'est pas possible, et même interdit par la loi, d'utiliser les données statistiques publiques pour regarder la situation d'un établissement, pour les diffuser et a fortiori pour les utiliser à des fins de contrôle ou de régulation. Ce cas de figure n'épuise cependant pas les types de besoin de pilotage des pouvoirs publics. En effet, les données statistiques peuvent faire l'objet d'une exploitation à des fins de conduite de l'action publique au niveau national comme régional, notamment lorsqu'elles servent à calculer des indicateurs sur la base d'effectifs plus réduites, considérés insuffisamment fiables pour en faire de la statistique dites d'intérêt général.

[188] **Il apparaît ainsi nécessaire d'adopter une approche combinée des différents types de données disponibles, statistiques ou administratives, selon les besoins de pilotage auxquels les pouvoirs publics sont confrontés.** En effet, il est tout à fait envisageable d'utiliser des données statistiques à des fins de pilotage national, tant que ces dernières ne sont pas rendues opposables aux établissements et services qui les déclarent. La mission invite ainsi les acteurs à s'interroger à chaque nouvel usage sur son adéquation avec la finalité de la base utilisée, en prenant en compte l'existence ou non d'un retraitement statistique, au besoin en interrogeant la DREES.

⁷⁷ Rapport n°2022-097R d'avril 2023 de l'IGAS et de l'INSEE.

3 La conduite d'une politique de ressources humaines adaptée aux enjeux financiers et d'attractivité du secteur nécessite la mise en place d'un système de remontées rationalisé répondant aux besoins actuels et à venir dans le cadre d'une gouvernance claire et partagée

[189] La réussite des différents chantiers de collecte, de fiabilisation ou de meilleure exploitation des données existantes repose sur le respect d'un certain nombre de principes socles, nécessaires pour garantir l'acceptabilité par les différentes parties prenantes, la soutenabilité de la collecte et l'utilité de ces travaux pour les utilisateurs finaux :

- Proportionnalité : la mission a veillé à mettre en balance l'utilité des nouvelles remontées et exploitations demandées avec la charge représentée tant pour les services statistiques que pour les acteurs sollicités dans le cadre de la collecte de données ;
- Simplification : dès que cela s'est avéré possible, la mission a souhaité rechercher les possibilités d'imports automatiques en bases pour limiter les doubles saisies, supprimer les redondances entre bases ou privilégier les sources ne nécessitant pas de nouvelle sollicitation des établissements et services ;
- Symétrie : la recherche d'une certaine symétrie des données remontées, par secteur et statut juridique, a guidé les réflexions de la mission, en mettant toutefois en balance ce principe avec les besoins exprimés par les pouvoirs publics pour s'assurer de l'utilité des remontées ;
- Recherche d'une utilisation systématique des données remontées et d'une restitution aux acteurs, afin d'enclencher un cercle vertueux engageant les différents acteurs ce qui est indispensable à une amélioration de la qualité des données.

3.1 Réduire la disparité des données remontées selon les secteurs et selon les statuts juridiques et se mettre en situation d'extraire toutes les potentialités des informations véhiculées par la DSN

3.1.1 L'enquête EVAC doit permettre de progresser à court terme de manière importante dans la connaissance de l'étendue des vacances de postes par secteur et par profession

[190] **Le projet EVAC piloté par la DARES constituera potentiellement un apport important dans la compréhension des tensions sur les ressources humaines.**

[191] Le premier exercice de l'enquête, qui constitue la déclinaison d'une obligation européenne⁷⁸, se déroulera au deuxième trimestre 2025. EVAC a pour finalité d'étendre au secteur public les enseignements de l'enquête ACEMO concernant les taux d'emplois vacants,

⁷⁸ Règlement européen *Labour Market Statistics on Businesses*.

selon la définition normalisée par la statistique européenne⁷⁹ : l'indicateur fera l'objet de remontées trimestrielles. Par ailleurs, EVAC offrira une plus grande richesse d'analyse qu'ACEMO par l'introduction d'un questionnaire annuel sur les difficultés de recrutement des structures. L'enquête sera conduite de manière exhaustive sur les établissements de 1 000 salariés ou plus et par échantillon pour les autres structures.

[192] La DARES et la DREES ont indiqué à la mission qu'était en discussion la possibilité qu'EVAC ait ambition de couvrir également le champ des établissements et services de statut privé, lucratif ou non lucratif, dans le champ sanitaire, social (incluant protection de l'enfance et petite enfance) et médico-social, afin de disposer des enseignements complémentaires permis par la nouvelle enquête concernant les difficultés éprouvées de recrutement. Cette extension serait de nature à faciliter les comparaisons entre structures publiques et privées. Le niveau de finesse dans les restitutions demeure en discussion avec le comité du label de la statistique publique, qu'il s'agisse de la possibilité d'une consolidation régionale ou par catégorie d'établissements. La mission préconise largement cette double extension.

[193] Demeure cependant une limite significative que la mission n'a pas pu pleinement investiguer : l'absence de SIRET distinct pour les EAJE publics, dont les effectifs sont la plupart du temps intégrés dans les déclarations sociales émises par la collectivité locale elle-même, commune la plupart du temps. Cette agglomération au sein des déclarations sociales effectuées par la collectivité ne permet pas aujourd'hui de distinguer les professionnels de ces établissements du reste des agents publics. La gouvernance que la mission propose de mettre en place (cf. *infra*, au 3.4.) pourra notamment investiguer la faisabilité d'un dépôt des déclarations sociales des collectivités locales à la maille de ces EAJE, induisant sans doute de disposer d'un numéro de SIRET dédié, en articulation avec l'INSEE, la direction générale des collectivités locales et la direction générale des finances publiques.

[194] Cette novation importante ne permettra pas nécessairement de répondre à l'intégralité des besoins de connaissance des pouvoirs publics en matière de vacances de postes. En effet, l'approche adoptée par EVAC, comme par ACEMO, s'inscrit dans une logique de compréhension de la situation du marché du travail. Cette approche, par nature pleinement légitime et complémentaire, peut différer de celle qui intéresse les établissements et services comme les pouvoirs publics. Ceux-ci cherchent en effet avant toute chose à disposer d'une visibilité sur les ressources manquantes pour répondre à l'activité de soins et d'accompagnement à réaliser. Or, les enseignements de l'enquête EVAC peuvent apporter une réponse décalée par rapport à ce besoin : son approche étant celle de la connaissance de la situation du marché du travail, elle ne considère un poste comme vacant dans la fonction publique que s'il est ouvert à un contractuel ; les postes pourvus par voie de concours ou réservés strictement à des candidatures internes ne s'inscrivent pas dans cette définition – ce qui est logique au regard du besoin d'état des lieux du marché de l'emploi mais ne peut par construction pleinement répondre aux besoins de pilotage de ressources humaines effectivement présentes pour faire face à l'activité. Dans une telle

⁷⁹ Pour mémoire, trois conditions doivent être remplies pour considérer un emploi comme vacant. Selon la définition mentionnée par la DARES, i) il s'agit soit d'un poste nouvellement créé, soit d'un poste inoccupé, soit d'un poste occupé sur le point de se libérer ; ii) dans tous les cas, le poste doit être à pouvoir dans les trois mois ; iii) enfin, l'employeur doit entreprendre des démarches actives de recherche d'un candidat à l'extérieur de l'établissement (les campagnes de mobilité interne au ministère ou à l'organisation ne doivent pas être comptabilisées, les postes doivent être ouverts aux contractuels, les emplois ouverts par voie de concours ne rentrent pas dans le champ de l'enquête).

logique, un poste ouvert au recrutement par concours et *in fine* non pourvu rentrera bien dans ce qu'un établissement considère, légitimement également, comme un poste vacant.

[195] **Il sera donc nécessaire de tenir compte de ces différences de champ entre EVAC et les données qui peuvent être déclarées par les établissements et services**, qu'ils soient médicosociaux par le biais du tableau de bord de la performance ou qu'il s'agisse des EPS à travers le rapport social unique.

3.1.2 Les données de liquidation des indemnités journalières maladie et AT-MP de la CNAM pourraient permettre de disposer d'une vision sur l'absentéisme sans orchestrer de remontées d'information supplémentaires

[196] **La mobilisation des données de liquidation des indemnités journalières de l'assurance maladie doit permettre de disposer d'une visibilité sur l'absentéisme maladie, maternité et AT-MP dans l'ensemble des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour le secteur privé.** Les échanges menés par la mission avec la direction de la stratégie, des études et des statistiques et celle des risques professionnels de la CNAM soulignent la possibilité de disposer de restitutions régulières de données de liquidation d'indemnités journalières.

[197] Pour mémoire, la CNAM met à disposition en *open data* des données relatives aux arrêts de travail, en nombre d'arrêts, en nombre de jours et en nombre de bénéficiaires, avec une ventilation par âge, par sexe et par grand secteur d'activité au sens de la nomenclature des activités françaises (NAF)⁸⁰. Ces données extrêmement précieuses ne permettent cependant pas de disposer d'une granularité suffisante pour disposer d'un panorama de l'absentéisme par grand secteur (santé, personnes âgées, personnes en situation de handicap, protection de l'enfance, etc.), par statut juridique (public, privé lucratif, privé non lucratif) ou *a fortiori* par catégorie d'établissement et service. Il apparaît ainsi nécessaire de prévoir une transmission de données à un niveau plus fin pour répondre aux besoins de connaissance de l'absentéisme dans les trois secteurs.

[198] Les données d'arrêts de travail de la CNAM seraient restituables par SIRET mais également par FINESS (sur la base d'un envoi préalable à l'assurance maladie d'un fichier appariant FINESS et SIRET), variable indispensable pour disposer d'une vision par catégorie d'établissement et service, enjeu majeur dans le champ du handicap notamment. Le nombre de jours d'arrêt de travail pourrait être communiqué, permettant de construire sur la base des effectifs exprimés en équivalents temps plein travaillés des restitutions de taux d'absentéisme pour maladie, maternité⁸¹ et AT-MP.

[199] **La mission incite ainsi l'assurance maladie et les directions du ministère concernées (DREES, DGOS, DGCS, DSS) à expertiser les modalités que pourrait recouvrir un tel partage de données.**

⁸⁰ Voir par exemple l'analyse récemment publiée par la DREES et la CNAM de l'évolution sur longue période, entre 2010 et 2023, des arrêts de travail pour maladie, maternité – adoption et AT-MP : « Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019 », Etudes et résultats, DREES, décembre 2024, n°1321.

⁸¹ Ainsi que pour congé d'adoption.

[200] **Concernant le champ public où les données de l'assurance maladie ne sont, par construction, pas mobilisables, les travaux des administrations devront s'appuyer sur le rapport social unique.** Cette option présente une double limite :

- De temporalité, avec une exploitation en fin d'année N+1 au titre de N alors que les données de gestion de l'assurance maladie peuvent être communiquées au cours du premier trimestre de l'année N+1 ;
- De comparabilité avec les résultats collectés sur le secteur privé via la source qu'est l'assurance maladie, puisque différents les sources, le périmètre (tous motifs dans le RSU, circonscrit à la maladie et aux AT-MP pour les données de la CNAM) et la construction de l'indicateur (dans le RSU est déclaré un taux d'absentéisme alors que les données de la CNAM sur les jours d'arrêts de travail doivent être rapprochées des effectifs tels que reconstitués par ailleurs).

[201] Malgré ces limites, il n'est pas préconisé par la mission d'engager un chantier nécessairement lourd de nouvelle collecte de données dans les établissements de santé privés, aux fins d'une comparaison rigoureuse avec la vision établie pour le secteur public. Au regard du principe de minimisation des informations collectées, la mobilisation de la source existante que sont les systèmes d'information de l'assurance maladie apparaît suffisante : elle est en mesure de répondre aux grands enjeux de suivi de l'évolution dans le temps de l'absentéisme et de comparaison d'ordres de grandeur entre EPS et établissements de santé privés. Par ailleurs, les enquêtes Conditions de travail pilotées par la DARES peuvent permettre, de manière ponctuelle, de disposer d'une photographie comparée de l'absentéisme entre structures publiques et privées, en fonction des focus que ces enquêtes conduisent sur tel ou tel secteur, comme cela a été fait la DREES pour les établissements de santé sur la base du millésime 2013 de l'enquête⁸².

Recommandation n°1 Expertiser la possibilité de partage par l'assurance maladie auprès des directions concernées du ministère de données de liquidation d'indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP

3.1.3 Mettre en place une *task force* administrative en charge de fiabiliser les déclarations sociales des employeurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

[202] **Les administrations et opérateurs, collecteurs et utilisateurs d'indicateurs de suivi des effectifs et de la masse salariale, doivent structurer une démarche globale de fiabilisation continue des déclarations sociales des employeurs des trois secteurs.** L'enjeu d'une exploitation accrue des données de la DSN s'inscrit :

- Dans une perspective de court terme – par exemple pour constituer des indicateurs de *turn-over* dans le cadre du projet Vigie-RH, exploiter la Base tous salariés notamment sur les salaires, évaluer les effets financiers des mesures de revalorisation grâce à la meilleure identification de la convention collective applicable.

⁸² Pollak Catherine, Ricroch Layla, « Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions », *Etudes et résultats*, n°1038, novembre 2017.

- Comme de moyen et long terme – à des fins de simplification par la suppression d'indicateurs reconstituables par les déclarations sociales des employeurs (au sein du RSU, du tableau de bord de la performance ou des documents de *reporting* budgétaire).

[203] Au-delà des actions de retraitement transversales aux déclarations sociales de l'ensemble des employeurs menées par l'INSEE et la DARES, pour constituer respectivement les bases tous salariés et DSN-SISMMO, une démarche de sécurisation de la qualité déclarative pour les indicateurs utiles au pilotage des effectifs et de la masse salariale des trois secteurs apparaît indispensable.

[204] **Ce chantier doit passer par la constitution d'une *task force* permanente dédiée à la fiabilisation progressive des données considérées comme utiles au pilotage au sein de la DSN, en lien étroit avec les déclarants et leurs éditeurs de logiciel de paye.** La structure a vocation à regrouper :

- Les administrations et opérateurs utilisateurs des données d'effectifs et de masse salariale : DREES, DARES, DGOS, DGCS, DSS ;
- Les administrations numériques que sont la DNS et la DNUM ;
- Les administrations et opérateurs collecteurs de données sociales via d'autres canaux que la DSN : DREES, DARES, ATIH, CNSA ;
- Les opérateurs collecteurs de la DSN que sont l'ACOSS et le GIP-MDS, du fait de leur connaissance de la norme, de la structuration de son architecture de fiabilisation et des acteurs de l'écosystème déclaratif, éditeurs de logiciels de paye notamment⁸³.

[205] Un contact régulier serait assuré entre la *task force* et les éditeurs et les fédérations professionnelles des trois secteurs, afin de relayer les points d'attention et les consignes déclaratives. La bonne association des éditeurs et acteurs du secteur à ce chantier de fiabilisation doit être facilitée par l'affirmation explicite de l'objectif de simplification, à moyen et long terme, des démarches déclaratives demandées aux établissements et services, pour les indicateurs pour lesquels une substitution par la DSN est possible sur le plan théorique.

[206] Les principales variables et indicateurs qu'il conviendra de sécuriser sont le numéro FINESS et la convention collective applicable, les effectifs, le turn-over (pour se dispenser par exemple de faire déclarer cette donnée dans le tableau de bord de la performance), le volume de CDD, d'intérimaires ou de contrats d'apprentissage.

[207] Le prérequis de ce chantier repose sur la fiabilisation de l'identifiant du FINESS au niveau du contrat, et secondairement de l'IDCC de l'établissement déclarant⁸⁴, afin de permettre respectivement un dénombrement par catégorie d'établissement (enjeu notamment majeur dans le domaine du handicap) et une ventilation par branche professionnelle.

⁸³ Voir experts comptables, même si la taille relativement importante des établissements et services intervenant dans les champs sanitaire, social et médico-social limite sans doute le poids de ces acteurs, qui interviennent traditionnellement majoritairement au service de très petites entreprises et associations.

⁸⁴ La question de la fiabilité de l'identifiant de convention collective n'est pas propre au champ social. Ainsi, elle fait également obstacle à l'exploitation de la DSN dans d'autres secteurs, comme la métallurgie.

[208] Pour atteindre cet objectif, la *task force* devra mettre en place une démarche de fiabilisation des déclarations des employeurs entrant dans le champ de l'obligation de déclaration du FINESS. Après échange avec les opérateurs positionnés en amont dans la réception des flux de la DSN, ACOSS et GIP-MDS, la solution la plus opérante serait d'intégrer un retour au déclarant en cas de présomption d'erreur déclarative par le biais du compte rendu métier (CRM), rapport transmis par les organismes destinataires de la DSN et qui permet le signalement d'une erreur ou d'une suspicion d'erreur déclarative. Cette information est disponible sur le tableau de bord DSN du déclarant. Recourir à ce vecteur pour signaler une anomalie déclarative présente l'avantage de toucher de manière directe la personne en charge au sein de l'établissement ou service de procéder à l'émission des déclarations sociales. Mobiliser cet outil évite ainsi l'écueil d'un envoi par mail qui présente le risque de ne pas être ouvert ou de ne pas atteindre le bon interlocuteur au sein des entreprises, selon les équipes de l'ACOSS et du GIP-MDS. En outre, des CRM pouvant être transmis mensuellement en cas d'erreur ou de suspicion d'erreur, la répétition de la bonne consigne déclarative à intervalle très régulier peut créer les conditions d'une mise en conformité rapide.

[209] La démarche de fiabilisation nécessite la transmission régulière d'un fichier FINESS global apparié avec le numéro SIRET (qui lui fait l'objet d'une excellente qualité déclarative en DSN) par la délégation au numérique en santé à l'opérateur en charge de l'envoi du CRM. Une option possible paraît être, aux yeux de la mission, l'adossement au compte rendu métier transmis par les URSSAF. Cela suppose néanmoins de compléter les informations transmises, en application de l'arrêté filtre précité, aux URSSAF puisqu'elles ne sont pas destinataires actuellement du numéro FINESS. Il reviendra à la gouvernance proposée par le présent rapport *infra*, au 3.3., d'arrêter, en articulation avec la mission interministérielle en charge du pilotage du système de collecte des déclarations sociales (MIDS)⁸⁵, le circuit à retenir pour cette transmission d'un CRM aux déclarants en cas de suspicion d'omission du numéro FINESS.

[210] En pratique, le compte rendu métier pourra signaler différents types d'erreurs ou de suspicion d'erreurs, notamment une absence totale de déclaration de numéro FINESS pour chacun des contrats de travail contenus dans la DSN déposée ou un renseignement pour certains salariés seulement⁸⁶.

Recommandation n°2 Construire les conditions de libération du potentiel de la DSN, avec la mise en place d'une task force inter-administrative en charge de la fiabilisation déclarative et du lien avec acteurs du secteur et éditeurs. Mettre en place dans des délais rapides un retour aux employeurs omettant de déclarer le numéro FINESS de leurs salariés en DSN.

3.1.4 Structurer des remontées de données annuelles dans le champ de la petite enfance auprès de la CNAF, en articulation avec le renforcement en cours de la visibilité donnée aux services de PMI et aux autorités organisatrices

[211] **La situation de pénurie de professionnels en crèche, comme la mise en place annoncée d'un service public de la petite enfance, rendent encore plus cruciale la structuration de remontées**

⁸⁵ Qui assure notamment le pilotage stratégique de la DSN.

⁸⁶ Il existera cependant des situations dans lesquelles il sera conforme aux textes que le numéro FINESS ne soit pas déclaré pour une partie des salariés d'un établissement, si celui-ci exerce des activités ne relevant pas du champ de ce référentiel.

d'informations sur les ressources humaines en EAJE. Comme évoqué *supra*, l'ampleur du déficit de ressources dans les établissements d'accueil a été objectivée par l'enquête réalisée par la CNAF en 2022. Cet exercice de décompte, qui est actuellement en phase de renouvellement, a mis en évidence les enjeux cruciaux de recrutement du secteur et la nécessité d'un suivi régulier dans le temps par l'ensemble des acteurs. Par ailleurs, différentes dimensions du projet de mise en place d'un service public de la petite enfance, qu'elles prennent la forme de dispositions juridiques ou d'objectifs politiques et d'arbitrages financiers, impliquent un suivi resserré des effectifs et de la masse salariale des établissements. Il en va notamment ainsi :

- De la bonne déclinaison des mesures de revalorisation salariales annoncées en mars 2024 par les pouvoirs publics pour le secteur de la petite enfance, à travers le financement de 66% de hausses de rémunération de 150 euros mensuels. Comme évoqué *supra*, faute de visibilité sur les effectifs concernés, la prise en charge financière publique a été ventilée sur la base de taux forfaitaires d'encadrement, quelle que soit la situation réelle de chacune des structures – en retenant une hypothèse de ratio d'un ETP pour trois places. Malgré le caractère forfaitaire de l'allocation des financements, il sera cependant utile de pouvoir observer *ex post* la plus ou moins bonne adéquation entre les versements et les personnels en poste ;
- De l'amélioration de la connaissance des taux d'encadrement, au regard d'un objectif global énoncé par les pouvoirs publics d'atteinte à terme d'un ratio d'un adulte pour cinq enfants quel que soit leur âge. Cet objectif politique, même non séquencé, renforce naturellement encore la nécessité, par rapport à la réglementation existante, de disposer d'un panorama de la situation actuelle.

[212] L'accent mis sur les problématiques de renforcement de l'encadrement en personnel comme levier majeur de garantie de la qualité impose ainsi de porter une attention accrue au suivi des effectifs dans les EAJE, en volume comme en termes de profil, comme cela a été évoqué *supra*.

[213] **La structuration de remontées d'informations relatives aux effectifs et à la masse salariale dans les EAJE gagnerait à s'appuyer sur le réseau de la branche famille**, qui dispose de circuits préexistants de collecte de données d'activité des structures financées par la PSU. Ces circuits de remontée permettent par ailleurs de disposer d'éléments circonscrits sur la masse salariale globale – y compris prélèvements sociaux – des structures.

[214] Par ailleurs et au contraire des autres domaines du champ sanitaire, social et médico-social, l'accueil du jeune enfant ne fait pas l'objet de publications régulières de la DREES sur ses effectifs et leurs éléments de rémunération. Les études de la DREES se concentrent essentiellement sur la répartition de l'accueil du jeune enfant entre les différents modes de garde, au travers notamment des enquêtes périodiques dites « Modes de garde et d'accueil du jeune enfant » réalisées auprès des familles⁸⁷. Il n'existe pas dans le secteur de la petite enfance d'équivalent des enquêtes effectuées par la direction statistique des ministères en charge de la santé et des solidarités auprès des établissements de santé, des établissements et services de protection de l'enfance ou accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. La connaissance de l'offre d'accueil est ainsi essentiellement établie par les publications annuelles de l'observatoire

⁸⁷ Dont le dernier millésime en date a fait l'objet d'une collecte fin 2021.

national de la petite enfance⁸⁸ : comme on l’a vu, elle est cependant lacunaire s’agissant des ressources humaines en accueil collectif ; seuls les salariés assurant un accueil individuel de l’enfant – assistants maternels et gardes d’enfant à domicile – font l’objet d’un dénombrement dans ces publications, en s’appuyant sur les déclarations sociales faites mensuellement par les familles auprès du centre national PAJEMPLOI⁸⁹.

[215] Compte tenu de son rôle clef en termes de publication sur le secteur de la petite enfance et de ses circuits de remontée d’information – pour l’instant ciblées sur l’activité – en provenance des établissements, la CNAF apparaît donc la plus à même de se voir confier la responsabilité de colliger les informations sur les effectifs et rémunérations des personnels. La caisse nationale a d’ores et déjà engagé des travaux afin d’enrichir les données de gestion aujourd’hui collectées via l’outil informatique MAIA par une remontée annuelle des effectifs de chaque EAJE, identifié par son SIRET. Ces effectifs seront ventilés par grand type de fonction : i) encadrement ; ii) accompagnement des enfants ; iii) logistique. La première vague de collecte de ces données doit intervenir au premier trimestre 2025.

[216] La mission considère cette avancée comme particulièrement positive. Elle estime que ces variables devront être rapidement complétées de la collecte des données suivantes :

- La ventilation des effectifs par fonction et diplôme, qui répond à l’enjeu d’assurer un suivi le plus fin possible des taux d’encadrement applicables au secteur ;
- Le taux d’absentéisme, en distinguant les motifs liés à une maladie et les motifs hors maladie, indicateur clef pour appréhender les conditions de travail au sein d’une structure et connaître de manière plus fine l’état des ressources effectivement disponibles pour l’accueil des enfants et le bon fonctionnement de l’établissement ;
- Le taux de turn-over, qui peut constituer un indicateur d’alerte en cas de dysfonctionnement significatif voire majeur d’un établissement.

[217] En outre, tenant compte des enjeux de pilotage par les pouvoirs publics de la masse salariale des EAJE en fonction des branches professionnelles, il conviendra d’enrichir, dans des délais également rapprochés, la connaissance de l’établissement par le recueil de la déclaration de la convention collective applicable⁹⁰.

[218] Compte tenu des enjeux attachés au suivi des taux d’encadrement dans les établissements, il apparaît indispensable de prioriser la ventilation des effectifs par fonction et par diplôme dès la campagne 2026 au titre de 2025 ; absentéisme et turn-over pourraient faire l’objet d’une collecte à compter de la campagne 2027 au titre de 2026. L’ensemble de ces indicateurs ont vocation à enrichir les publications annuelles de l’observatoire national de la petite enfance (ONAPE), réalisées sous la coordination de la CNAF.

⁸⁸ Etabli notamment par la CNAF, avec la collaboration de la DREES, de l’INSEE, de l’ACOSS et de la direction de l’évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère en charge de l’Education nationale.

⁸⁹ Qui relève du réseau des URSSAF.

⁹⁰ IDCC ou identifiant de la convention collective.

[219] **Un dispositif spécifique devra être mis en place pour les micro-crèches relevant de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)**, pour lesquels il n'existe pas de flux financiers entre branche famille et établissement. Une remontée annuelle des effectifs, de leur ventilation par grande fonction puis par fonction et diplôme, ainsi que de la masse salariale de l'établissement devrait ainsi être organisée dans les meilleurs délais, selon la même temporalité que pour les EAJE financés par la PSU décrite *supra*. Il convient de souligner qu'en tout état de cause des remontées d'informations financières et comptables vont être mises en place pour les micro-crèches dans le cadre des nouvelles dispositions prévues par la loi pour le plein emploi du 18 décembre 2023⁹¹ : cet outil nouveau de collecte d'information pourra ainsi être utilisé pour effectuer également des remontées concernant les ressources humaines.

Recommandation n°3 Confier à la CNAF la responsabilité de collecter les indicateurs clefs de suivi des effectifs et de la masse salariale (dont turn-over, absentéisme), de manière similaire auprès des établissements PSU et PAJE ; prioriser la déclaration des effectifs, assortie d'une ventilation par fonction et diplôme. Enrichir systématiquement les publications annuelles de l'observatoire national de la petite enfance de ces données.

[220] **Les données consolidées par la CNAF ont vocation à faire l'objet d'un partage avec les services de PMI ainsi qu'avec les communes⁹²**, autorités organisatrices de l'accueil du jeune enfant en application de la loi pour le plein emploi de 2023⁹³. Ce partage facilitera d'une part l'accomplissement des missions de contrôle endossées par les services de PMI, notamment en matière de respect des dispositions réglementaires sur l'encadrement des enfants accueillis et des autorisations d'ouverture délivrées. Il contribuera d'autre part à étayer la connaissance qu'auront les autorités organisatrices de l'état de l'offre sur leur territoire, au regard notamment de leur responsabilité en termes de développement et de soutien à la qualité de cet accueil⁹⁴.

Recommandation n°4 Mettre à disposition des conseils départementaux – services de PMI – et des autorités organisatrices de l'accueil du jeune enfant les informations collectées par la CNAF sur les effectifs et la masse salariale des EAJE.

[221] **La mise en place de ces nouvelles remontées de données, toutes circonscrites et strictement nécessaires aux besoins des pouvoirs publics qu'elles soient, doit s'accompagner d'une perspective crédible de minimisation, à terme, des informations collectées.** En effet, une part significative des données précitées recoupe des variables déclarées mensuellement par les employeurs et véhiculées par la DSN ou potentiellement reconstituables à partir de celle-ci. Il s'agit ainsi :

- Des effectifs, au global ;
- Des effectifs ventilés par profession, en fonction du code profession et catégorie socio-professionnelle (code PCS-ESE) et du libellé de l'emploi. Le code PCS ne recoupe pas toujours la nomenclature du secteur, c'est par exemple le cas au sein de la petite enfance

⁹¹ Article L. 2324-2-3 du code de l'action sociale et des familles.

⁹² Ou établissements publics de coopération intercommunale ou syndicats mixtes, lorsqu'ils assument localement la fonction d'autorité organisatrice de l'accueil du jeune enfant.

⁹³ Article 17 de la loi n° 2023-1196 du 18 décembre 2023 pour le plein emploi.

⁹⁴ Selon les termes de l'article L. 214-1-3 du code de l'action sociale et des familles institué par la loi pour le plein emploi du 18 décembre 2023.

où le code 52C4 par exemple rassemble tant les professionnels qui travaillent en écoles maternelles (ATSEM) que des professionnelles de crèches, sans spécifier leur certification, et non le diplôme.

- De l'identifiant de convention collective ;
- Du taux de turn-over, qui ne fait pas l'objet d'une déclaration de l'employeur mais qui peut être reconstitué à partir des flux d'entrée et de sortie et des effectifs décomptés en DSN, comme le projettent notamment la DREES et la DGCS dans le cadre du projet Vigie-RH, dans le champ médico-social.

[222] S'agissant de l'appréciation de l'absentéisme, les rubriques contenues dans la DSN peuvent en théorie permettre de le reconstituer, de manière globale mais aussi en le ventilant en fonction des motifs (pour maladie, pour accident du travail et maladie professionnelle, pour congé parental, etc.). La nomenclature sur laquelle est bâtie la DSN présente en effet une grande richesse d'information sur les flux et motifs d'absence. Cependant, la qualité toute relative du remplissage de ces rubriques par les déclarants ne permet pas, à date, au dire des experts de la DARES rencontrés par la mission, de reconstituer des indicateurs fiables.

[223] **Une trajectoire de suppression progressive des indicateurs théoriquement « redondants » avec les informations de la DSN doit être mise en place en parallèle de la structuration de remontées de données aujourd'hui manquantes.** La CNAF a vocation à assurer le pilotage d'un tel chantier, en coordination avec l'enjeu plus large de mise en œuvre d'une *task force* de fiabilisation des données déclarées dans la DSN par les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (cf. *infra*). Comme pour la feuille de route plus globale de fiabilisation des déclarations sociales des employeurs du sanitaire, du social et du médico-social, un tel projet doit associer les éditeurs de logiciels de paye, les experts comptables ainsi que les fédérations professionnelles.

[224] Ce chantier doit rechercher l'atteinte de deux principaux objectifs : l'identification des erreurs déclaratives dans l'une ou l'autre source au regard de leur norme de référence ; et celle d'éventuelles différences structurelles entre les deux sources, dont il conviendrait de tenir compte en anticipation d'une substitution progressive de certains des indicateurs collectés par la CNAF par les données de la DSN.

[225] **La réglementation sur l'utilisation de la DSN doit évoluer pour tenir compte du nouveau rôle que devra assumer la CNAF.** En effet, en l'état du cadre juridique précisant les usages et destinataires possibles des données contenues dans la DSN, la CNAF n'est pas destinataire de rubriques majeures permettant de disposer d'une vision des effectifs et de la masse salariales des EAJE. Or, cet accès est indispensable pour se mettre en situation de supprimer à moyen terme une part significative de la collecte de données qu'il convient à court terme de constituer.

[226] L'arrêté dit « filtre »⁹⁵ qui liste les données et catégories de données transmises aux différents destinataires de la DSN ne prévoit ainsi pas l'accès de la CNAF à la convention collective applicable, au code PCS du salarié, au libellé de l'emploi. Si, pour mémoire, le rapport de l'IAGS et de l'inspection générale de l'INSEE sur l'utilisation des données de la DSN, recommandait la

⁹⁵ Arrêté du 9 février 2022 fixant les données de la déclaration sociale nominative adressées aux administrations et organismes compétents.

suppression de cet arrêté filtre⁹⁶, pour des raisons notamment de simplification juridique, il apparaît en tout état de cause nécessaire *a minima*, pour la mission, dans le scénario d'un maintien que l'arrêté filtre soit modifié pour permettre le bon pilotage de ce chantier par la CNAF.

Recommandation n°5 Confier à la CNAF un chantier de fiabilisation des données de la DSN sur le champ de la petite enfance, en les rapprochant des données de gestion remontées par les établissements. Modifier en conséquence l'arrêté filtre sur l'utilisation des données de la DSN pour tenir compte de ces nouvelles missions confiées à la CNAF.

3.1.5 Enrichir et rendre bisannuelle le rythme de remontée de l'enquête de la DREES auprès des établissements et services de la protection de l'enfance

[227] **Des travaux sont en cours pour urbaniser les systèmes d'informations des conseils départementaux mais ils se centrent sur les aspects métiers de la protection de l'enfance et ne peuvent être utilisés pour améliorer la connaissance des ressources humaines du secteur.** Un chantier est en effet engagé par les administrations concernées (DREES, DGCS, DNS) avec les conseils départementaux pour améliorer l'urbanisation des systèmes d'information utilisés dans le champ de la protection sociale, en articulation avec les principaux éditeurs de logiciels actifs dans le secteur. Concentré sur les métiers de la protection de l'enfance et la connaissance du profil et des parcours des jeunes accompagnés mais aussi de l'offre disponible, il comporte une dimension à la fois interne aux services des départements⁹⁷ et d'interaction avec les partenaires que sont les chancelleries ou la protection judiciaire de la jeunesse par exemple. Les enjeux de suivi des effectifs ainsi que de la masse salariale des établissements ne sont en revanche pas intégrés au projet. Un autre outillage doit ainsi être envisagé pour combler le déficit de connaissance des ressources humaines des structures.

[228] **A court terme et moyen terme, enrichir et améliorer la fréquence de réalisation de l'enquête de la DREES sur les établissements et services de protection de l'enfance – bisannuel** - apparaît la voie la plus pertinente. Cela nécessite d'emprunter deux orientations complémentaires :

- Un enrichissement des informations contenues dans le volet relatif au personnel de l'enquête aujourd'hui quadriennale de la DREES, aujourd'hui centré sur le dénombrement des effectifs, leur ventilation par fonction, l'ancienneté, le type de contrat, le diplôme. Le millésime 2021 de l'enquête a par ailleurs été utilement complété de questions portant sur l'absentéisme maladie, sur le nombre de personnels remplaçant des absences de moins de six mois ainsi que le volume de contrats de sous-traitance. Il apparaîtrait utile de compléter ces informations par une information sur les autres motifs d'absentéisme, sur le turn-over ainsi que sur les heures supplémentaires, pour disposer d'une vision plus fine de l'état des tensions sur les ressources humaines ;
- Une accélération du rythme de remontée des informations relatives au personnel des établissements et services collectées par cette enquête. Un cadencement bisannuel

⁹⁶ Utilisation des données de la déclaration sociale nominative (DSN) à des fins de statistiques publiques ou de pilotage, rapport n°2022-097R de l'IGAS et de l'Inspection générale de l'INSEE, avril 2023.

⁹⁷ Avec les services de l'aide sociale à l'enfance, de l'aide social territorialisée et de la protection maternelle et infantile.

apparaît une position d'équilibre entre la nécessité de disposer d'une plus grande fraîcheur de donnée pour piloter notamment les évolutions des budgets, des mesures salariales, des formations et la contrainte de gestion, naturellement non négligeable, représentée pour les structures. Ce cadencement bisannuel pourrait être découplé des autres volets de l'enquête quadriennale, qui ne relevaient pas du champ de la mission.

Recommandation n°6 Enrichir les informations demandées dans le cadre des enquêtes de la DREES auprès des établissements et services de la protection de l'enfance et adopter un rythme bisannuel de remontée concernant le volet relatif aux ressources humaines.

3.1.6 Adopter une approche proportionnée en fonction des besoins de pilotage du secteur de la santé, notamment vis-à-vis des établissements de santé privés

[229] L'enjeu majeur de connaissance des tensions sur les ressources humaines peut être couvert sans remontées supplémentaires de données, pour le secteur public comme pour le secteur privé, non lucratif ou lucratif.

[230] En premier lieu, les taux de vacances de postes seront prochainement mieux appréhendés, quel que soit le statut juridique de l'établissement de santé, par la mise en place de la nouvelle enquête EVAC, pilotée par la DARES. Certes, comme évoqué *supra*, l'approche adoptée par l'enquête repose sur une logique d'appréhension de la situation du marché du travail – un poste est considéré comme vacant s'il est proposé sur le marché du travail, qui peut différer du regard que portent sur les vacances de poste un établissement ou service ou les administrations sectorielles – pour lesquels l'enjeu est de disposer d'une photographie de la main d'œuvre sous contrat pour faire face à l'activité de la structure. A titre d'illustration, un poste ouvert au concours ne sera pas considéré comme vacant au sens de l'enquête EVAC alors qu'il le sera du point de vue d'un établissement de santé ou d'une ARS. Cependant, il apparaît préférable de procéder dans un premier temps à une comparaison approfondie entre les niveaux et les évolutions du taux de vacance de postes issu de l'enquête EVAC et de la consolidation des RSU dans la fonction publique hospitalière. C'est seulement sur la base de cette analyse que pourra être décidé de manière éclairée de sonder ou non les établissements de santé privé, lucratifs ou non lucratifs, sur leurs vacances de postes au sens de la proportion de postes non pourvus.

[231] En deuxième lieu, le taux de *turn-over*, notion clef pouvant constituer en cas de niveau élevé un indicateur d'alerte sur la qualité de vie et les conditions de travail tout en fragilisant la performance de la structure par la perte d'expérience régulière des personnels en place, peut être appréhendé en exploitant les données de la DSN. Cela constituera l'objet de la première étape du projet Vigie-RH, dans le champ des EHPAD. Compte tenu du caractère stratégique d'une meilleure connaissance des tensions sur les ressources humaines dans les établissements sanitaires privés, il apparaît indispensable de fixer comme cible concomitante ou suivante la reconstitution d'un *turn-over* dans les ESPIC et dans les autres établissements de santé privé.

[232] En troisième lieu, l'absentéisme pourra, comme évoqué *supra*, être appréhendé pour les établissements de santé privés à travers une transmission annuelle de données de liquidation des indemnités journalières maladie et AT-MP. Ceux-ci représentent en effet la part la plus significative des motifs d'absentéisme.

[233] En quatrième lieu, les heures supplémentaires peuvent potentiellement faire l'objet d'une reconstitution à partir des données de la DSN⁹⁸. Comme le soulignent les directions statistiques des ministères sociaux, la qualité des heures supplémentaires déclarées en cours d'exercice par les employeurs peut ne pas être assurée ; certains déclarants globalisent en effet parfois le versement des heures supplémentaires ou pratiquent des régularisations en la matière en fin d'exercice civil. Cette limite apparaît cependant contournable si ce sont les déclarations annuelles, stabilisées, qui font l'objet d'une exploitation : ces données étant exploitées par l'administration fiscale au titre de l'établissement de l'impôt sur le revenu, il n'apparaît pas illégitime de les mobiliser à des fins de connaissance, comme un indice parmi d'autres d'un faisceau à constituer, des tensions en ressources humaines dans le champ sanitaire et social. Cet aspect gagnerait à être intégré, avec un objectif qui semble raisonnable en gestion et suffisant pour les besoins des pouvoirs publics, dans une étape complémentaire du projet Vigie-RH.

[234] **Concernant la connaissance des effectifs, la statistique annuelle des établissements apparaît suffisante pour répondre aux différents cas d'usage identifiés, nationaux comme régionaux.** L'enquête couvre en effet à la fois un besoin de décompte global des effectifs, d'analyse de la performance des établissements, au global ou type d'activité par type d'activité, au regard de l'activité de soins⁹⁹ et, comme mis en évidence de manière récente, à des fins de ventilation de financements entre structures. La mission n'a pas identifié de cas d'usage qui imposeraient une remontée d'autres concepts d'effectifs (ETPT ou ETPR par exemple) pour les établissements de santé privés lucratifs – sachant que pour les ESPIC les EPRD et comptes financiers retracent les ETP rémunérés, prévisionnels et réalisés.

[235] **Concernant la connaissance du niveau et de l'évolution de la masse salariale des établissements,** il convient de distinguer la situation des ESPIC de celle des autres établissements de santé privés :

- La masse salariale globale de chaque ESPIC, distinguant la rémunération et les prélèvements sociaux, est transmise aux autorités de contrôle et de tarification dans le cadre de la demande d'approbation de l'EPRD et du dépôt du compte financier ;
- Pour les autres établissements de santé, l'information relative au poids de la masse salariale n'est accessible que via les comptes déposés annuellement au greffe des tribunaux de commerce. Cette source est utilisée notamment par la DREES pour présenter annuellement dans son panorama des établissements de santé la situation financière des établissements de santé privés lucratifs.

[236] Le principal besoin en termes de connaissance de la masse salariale des établissements de santé concerne l'estimation financière des mesures nouvelles, tel que développé dans le 3.3.2. S'agissant des établissements sanitaires publics, le développement de SMASH par la DREES répond au besoin. S'agissant des établissements de santé privé, la mission estime qu'il n'est pas atteignable à court terme, sans lourdeur de gestion excessive, d'espérer réaliser des simulations « en chambre » des effets financiers de mesures salariales nouvelles. Les documents budgétaires

⁹⁸ Doivent en effet être renseignées par les employeurs dans leurs déclarations sociales une rubrique retraçant l'ensemble des heures supplémentaires et complémentaires et une rubrique à destination de l'administration fiscale détaillant les heures complémentaires ou supplémentaires exonérées fiscalement (à savoir les heures effectuées dans la limite de 7 500 euros nets annuels).

⁹⁹ Telle que disponible à travers le PMSI.

déposés par les ESPIC ainsi que, dans une moindre mesure, les comptes des autres établissements de santé privés déposés au greffe des tribunaux de commerce ou déclarés dans les liasses fiscales peuvent apporter des éclairages intéressants, à la condition qu'ils soient systématiquement remontés ce qui n'est pas le cas.

[237] Au global, il n'apparaît donc pas indispensable ni même opportun de prévoir de remontées de données complémentaires, au regard des usages qu'en font les pouvoirs publics, dans le champ sanitaire et notamment privé.

[238] **L'ensemble des établissements publics interrogés par la mission ont souligné le caractère pléthorique et chronophage des indicateurs demandés dans le cadre du nouveau rapport social unique.** Le RSU constitue une obligation de *reporting* transversale à l'ensemble des pans de la fonction publique. Il représente une complexification considérable par rapport au bilan social qui était demandé aux établissements de santé publics de plus de 300 salariés. Le nombre d'indicateurs à renseigner passe ainsi d'une cinquantaine à plus de 170. En outre, le seuil de 300 salariés est supprimé et l'obligation déclarative étendue aux EPS de petite taille ; certains indicateurs sont cependant mentionnés comme facultatifs pour les établissements publics de moins de 300 salariés. En outre, un degré de complexité supplémentaire est exigé à travers l'obligation de présenter les résultats des indicateurs par sexe et parfois par catégorie (A, B ou C) ; certains indicateurs demandés peuvent nécessiter par ailleurs de croiser un grand nombre de variables : à titre d'illustration, l'indicateur retraçant les accidents de travail et maladies professionnelles nécessite de croiser le type d'affection et, pour les accidents, la gravité, avec la catégorie ou le niveau hiérarchique, avec le métier et enfin avec le sexe.

[239] **L'engagement d'un chantier de simplification résolue du RSU, avec le recul de la première campagne, apparaît indispensable.** Cette démarche, envisagée par la DGOS, en lien avec les travaux qui sont menés au niveau de la fonction publique d'Etat, doit être résolument engagée, dans le respect des besoins propres au dialogue social dans la FPH. Ces travaux devront être conduits avec l'ATIH, en associant les établissements déclarants et leurs éditeurs de logiciels de paye.

Recommandation n°7 Réduire le nombre d'indicateurs demandés dans le cadre du rapport social unique en les ciblant notamment sur les enjeux spécifiques du dialogue social dans la FPH. Etudier les possibilités de simplification sur le principe du « dites-le nous une fois ». Ces évolutions sont un prérequis pour envisager un calendrier de collecte et de consolidation resserré pour une plus grande fraîcheur des données.

3.1.7 S'assurer de la qualité de la donnée dans le champ médico-social et de sa plus large exploitation et publication, tout en réfléchissant à une accélération du rythme de remontée des données

[240] **Comme évoqué, le champ médico-social ne souffre pas de manque de données RH, mais plutôt de complétude et de fraîcheur de la donnée.**

[241] **Ainsi, le principal enjeu dans le médico-social consiste à s'assurer de la complétude des données déclarées** – en termes de renseignement du tableau de bord de la performance à un premier niveau et de l'ensemble de ces items à un deuxième niveau. Plusieurs types de leviers peuvent être activés, allant de relances plus régulières par l'ATIH des non déclarants à une

meilleure valorisation par l'agence auprès des établissements et services des exploitations possibles du tableau de bord de la performance. A l'heure actuelle, la restitution du tableau de bord aux établissements et services est par exemple très peu mobilisée.

[242] **Les recommandations 11 et 13 de ce rapport vont donc dans ce sens.**

[243] **Les ARS peuvent également jouer un rôle décisif pour assurer la complétude des déclarations.** Comme cela a été souligné par de nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission, la mission encourage l'utilisation la plus systématique possible d'indicateurs issus du tableau de bord de la performance. Ils peuvent ainsi être utilisés pour fixer les indicateurs des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec les établissements et services PA ou PH ou pour conditionner l'accès à certains financements alloués par les agences – sur le FIR ou au titre des crédits non renouvelables – au remplissage du tableau de bord.

3.2 Créer un cercle vertueux de la donnée RH : simplifier, automatiser et améliorer la restitution des résultats aux acteurs

[244] Tous les acteurs ont pu le mentionner : **les limites techniques relatives à la remontée des données de ressources humaines affectent fortement leur fiabilité et donc leurs usages et cela au niveau national comme régional.** Deux principes méritent d'être intégrés aux différents projets et réflexions, en cours et à venir, sur les évolutions relatives à l'utilisation des données RH dans les secteurs sanitaire, médico-social et social : limiter la redondance des données saisies par les acteurs et accélérer en parallèle l'interopérabilité des différentes bases.

[245] Cela passe par différentes évolutions techniques et organisationnelles, qui pour certaines ont d'ores et déjà été impulsées dans les projets en cours. La DNS a par exemple enclenché une démarche d'urbanisation dans le secteur médico-social à travers une étude en cours, copilotée avec la DGCS, et avec la participation de la CNAM, ATIH et CNSA dont l'objectif est de mettre en lumière l'ensemble des *reporting* qui sont aujourd'hui demandés aux établissements, au-delà des seules données RH. Les travaux ont pour finalité de rationaliser les différentes collectes qui se font via les différentes bases de données existantes aujourd'hui. Ces démarches méritent d'être étendues au secteur sanitaire.

3.2.1 Favoriser l'interopérabilité des systèmes d'information avec les bases de données et généraliser les imports automatisés entre ces mêmes bases au niveau national

[246] D'abord, un constat au niveau des établissements et services : les SIRH ne sont pas pensés pour transformer la donnée RH en indicateurs de suivi des effectifs, de la masse salariale ou encore de performance. Pour y remédier, et sans refondre l'essence même de ces outils, il est possible de revoir les attentes formulées auprès des éditeurs de ces logiciels. Peu d'éditeurs développent aujourd'hui une interopérabilité, ou *a minima* des requêtes, qui permettraient d'alimenter les différentes bases directement à partir des données intégrées dans les SIRH de paye, de suivi des effectifs ou encore de gestion du temps.

[247] Bien que l'ANAP ait mis en place un cahier des charges type pour accompagner les établissements de santé et établissement médico-sociaux dans leur formulation de besoins en matière de SI, et ainsi préparer un dossier de consultation, **il n'existe aujourd'hui pas d'exigence**

relative à l'interopérabilité des SIRH avec, a minima, certaines bases de données. Seules les évolutions réglementaires doivent être aujourd'hui implémentées dans les systèmes d'information, avec des délais souvent longs (comme c'est le cas aujourd'hui dans le cadre du déploiement du RSU). Il est bien évidemment difficile d'envisager une interopérabilité de chaque SIRH avec chacune des bases de données, d'autant qu'à terme certaines des données de ces bases ont vocation à être remplacées par une alimentation directe par la DSN.

[248] Pour autant, et dans un horizon de court/moyen terme la mission propose de revoir les attentes des pouvoirs publics envers les éditeurs de logiciel de paye afin d'obtenir un engagement à rendre *a minima* accessibles les modules nécessaires à l'automatisation de l'alimentation de certaines bases de données qui intègrent des volets RH et faciliter ainsi le travail des acteurs de terrain, même si certains éditeurs le font déjà. Le mieux serait d'encourager d'ailleurs l'intégration de ces modules au sein même des logiciels.

[249] Le projet de la CNSA (Sidoba) de mettre à disposition une modalité de collecte de données complémentaire directement depuis le dossier usager informatisé (DUI) à partir d'une interface de programmation applicative (API) apparaît par ailleurs devoir être poursuivi et soutenu, notamment pour les documents budgétaires qui sont aujourd'hui transmis sous forme d'un fichier Excel non sécurisé et peu accessible hors propriétaire. La DNS considère que cet outil pourrait constituer à terme la plateforme de remontées de l'ensemble des données du secteur autonomie, dont les données RH.

[250] Au global, la mission estime nécessaire de soutenir l'objectif final d'interopérabilité des systèmes d'information des ressources humaines avec certaines bases de données RH, afin de limiter la saisine manuelle des établissements et services et d'assurer une meilleure fiabilisation des données déclarées.

Recommandation n°8 Confier à la DNS, en lien avec l'ANAP, la CNSA et le GIP-MDS, le rôle de mener un dialogue avec les éditeurs de logiciels SIRH pour formuler des propositions sous un an, aux ministres des Solidarités et de la Santé, qui permettent de poursuivre l'objectif de simplification et de fiabilisation des données RH. Les travaux examineront les mesures qui permettront d'obtenir des outils d'importation de la donnée – depuis les SIRH vers les principales bases de données, avec une première étape dans le secteur médico-social.

[251] Sans surprise, lorsqu'au sein d'un groupe, ou d'une entité, l'ensemble des établissements partagent le même SIRH – et donc par essence sont interopérables (exemple du Groupe SOS) –, il est alors envisageable de développer des outils de statistique qui permettent aux établissements de se positionner dans leur écosystème selon différents indicateurs établis en interne. **Bien évidemment, ces conditions ont un coût et sont le fruit de l'histoire administrative des établissements et des services.**

[252] Au niveau national, les pouvoirs publics doivent continuer à poursuivre l'objectif du « dites-le nous une fois » en favorisant les imports automatisés entre bases de données. Les travaux menés par la CNSA et l'ATIH en matière d'imports automatisés méritent ainsi d'être poursuivis, et étendus à d'autres bases au-delà de l'alimentation automatique du tableau de bord de la performance avec les données RH des ERRD et des comptes administratifs. La mission pense par exemple à des imports automatisés des indicateurs du RSU vers le tableau de bord de la performance (pour les établissements et services médico-sociaux relevant de la FPH), ou encore depuis les documents budgétaires vers le RSU, selon l'évolution à venir. La limite que la mission

note à ce stade est celle de la fiabilisation de la donnée remontée dans les documents budgétaires ; sans la fiabilisation de ces données, c'est toute la chaîne de l'importation qui risque d'être mise à mal.

[253] Globalement, ces travaux méritent d'être déployés même si à terme l'objectif qui doit être poursuivi par les pouvoirs publics est celui d'un interfaçage des données véhiculées en DSN avec le reste des bases qui seraient encore nécessaires à maintenir, même lorsque la DSN sera fiabilisée, pour notamment assurer le suivi des indicateurs qui n'y figurent pas. Comme présenté *supra*, ce prérequis demande un certain investissement humain et financier **et il n'est donc pas réaliste à court terme de supprimer par exemple tout ou partie du volet RH du tableau de bord de la performance**. Toutefois, **la mission propose que le comité de pilotage de la feuille de route proposée dans le cadre de ce rapport puisse passer annuellement en revue ces indicateurs de manière à vérifier si leur collecte peut faire l'objet d'une suppression au regard des avancées réalisées par ailleurs (exploitation de la DSN notamment).**

Recommandation n°9 Finaliser les travaux d'alimentation automatique du tableau de bord de la performance par les documents budgétaires (importCA et importERRD).

3.2.2 Un meilleur suivi des indicateurs et des données produites pour éviter les redites et augmenter ainsi le taux d'alimentation

[254] **Comme évoqué au 2.2.2, le pilotage des taux d'alimentation des bases de données par les établissements et services revient aux autorités de régulation, et notamment les ARS.** Ce pilotage est aujourd'hui très variable et dépend pleinement des outils et ressources des ARS. Selon les données de l'ATIH, environ 30% des ESMS ont vu leurs déclarations faire l'objet d'une validation de leurs données remontées dans le tableau de bord de la performance par leur ARS. Afin de favoriser le contrôle de cohérence des données et une fiabilisation des indicateurs, la mission préconise de développer les méthodes de corrections des données en assurant le maximum de garde-fous possibles au sein des différentes bases de données, comme le fait l'ATIH pour le tableau de bord de la performance. En effet, l'ATIH publie avant chaque début d'enquête une grille de préparation avec l'ensemble des contrôles de cohérence (bloquant) et les atypies (non-bloquant)¹⁰⁰.

[255] Les données RH des enquêtes quadriennales pilotées par la DREES dans le secteur médico-social (EHPA et ES-handicap) ont vocation, dans le cadre du projet Badiane, à être directement alimentées par celles remontées dans différents outils existants (tableau de bord de la performance, RSU et documents budgétaires), dans une logique de dites-le-nous une fois. La mission encourage la finalisation de ce projet qui permettra de limiter les saisies multiples des établissements qui dépensent aujourd'hui beaucoup de temps, et donc de moyens RH, à répondre à ces sollicitations. Aussi, la mission préconise de supprimer à terme le volet « personnel » des enquêtes en question.

Recommandation n°10 Etendre le champ de la base de données inter-administratives des ESMS dite « Badiane » à l'ensemble des ESMS autonomie et handicap d'ici 2026 et à terme supprimer le volet personnel des enquêtes quadriennales de la DREES (EH-PA et ES Handicap)

¹⁰⁰ <https://www.atih.sante.fr/tdb-esms-2024-0>

[256] Afin de permettre les travaux d'interopérabilité des bases de données, ou a minima de meilleure communication entre ces bases, **se pose la question de l'harmonisation des définitions des indicateurs utilisés**. Sans tomber dans une homogénéisation totale qui limiterait finalement les usages de ces différentes bases de données, qui n'ont pas toutes les mêmes vocations (observation, pilotage, statistique), les différents interlocuteurs rencontrés par la mission ont évoqué cet enjeu comme préalable à la simplification. La mission considère que c'est un sujet qui doit être regardé de manière transverse. Elle n'avait pas vocation à stabiliser les définitions devant être retenues parmi les indicateurs présentés au 1.2.1 mais invite à un travail collégial entre les différents pilotes des bases de données, qui comprennent des indicateurs RH, pour arrêter une doctrine commune.

[257] Dans le cadre de ses travaux d'urbanisation du secteur médico-social, la DNS, en lien avec la DGCS, la CNAM, l'ATIH et la CNSA, a enclenché des ateliers pour lister les données présentes dans chacune des bases et souhaite ensuite partager une sémantique et des définitions pour chaque indicateur partagé.

3.2.3 Favoriser la production de données utiles à tous les niveaux de pilotage grâce à une donnée suffisamment fraîche et restituée aux établissements

[258] **L'objectif adossé à la fraîcheur des données RH reflète plus globalement l'enjeu de pilotage de la politique de ressources humaines dans le secteur sanitaire, médico-social et social**. En effet, la capacité d'analyser les variations des différentes métriques de ressources humaines, dans un temps quasi réel, serait une véritable force pour les pouvoirs publics qui ont aujourd'hui l'impression de « subir » à contre-temps les évolutions du secteur. Cela se traduit d'une part, par la difficulté à prendre les décisions adaptées pour accompagner les évolutions propres au contexte de l'emploi, de la formation au sein du secteur, et d'autre part, par le manque de vision quant aux effets des différentes mesures, qu'elles soient nationales (revalorisations salariales par exemple) ou bien régionales (politique d'attractivité des métiers); rendant donc difficile l'inclinaison de ces derniers pour répondre aux objectifs poursuivis (diminution des tensions, dans cet exemple précis).

[259] Les autorités de régulation ne sont donc pas suffisamment outillées pour être en mesure d'assurer un pilotage d'ensemble des ressources humaines. La question de la fraîcheur de la donnée n'est évidemment pas la seule composante, mais participe à imposer une vision plus gestionnaire des politiques RH. C'est pourquoi, la mission préconise de faire de l'enjeu de restitution de la donnée dans un temps plus ramassé une priorité. Aussi, **doit être regardée la possibilité d'anticiper la phase de restitution des données du tableau de bord aux ARS comme aux établissements et services**. En l'état actuel du calendrier de collecte et de consolidation des indicateurs, les résultats du tableau de bord ne peuvent être exploités au niveau national comme régional avant la fin de l'année N+1. La restitution des données de l'exercice 2023 n'a ainsi démarré, à titre d'illustration, que le 20 décembre 2024. En 2024, le cycle de collecte et d'exploitation du tableau de bord s'est déroulé comme suit :

- De mi-avril à mi-juin : collecte des données ;
- De mi-juin à mi-septembre : fiabilisation des données.

[260] Il apparaît possible, selon la mission, de réduire la phase de fiabilisation des données, très variable en fonction des ARS aux dires de l'ATIH comme des agences rencontrées par la mission. La contrepartie de cette diminution de la fenêtre de tir laissée aux ARS pour assurer une fiabilisation des données déclarées doit consister en la mise à disposition des agences de kits d'aide au contrôle de la qualité des indicateurs remontés. L'ATIH pourrait ainsi accompagner les ARS et établir une liste d'indicateurs à contrôler en priorité. La mission invite également les autorités de contrôle à cibler les ESMS qui nécessiteraient une vérification approfondie de leurs données. Le délai actuel de trois mois séparant la fin de la phase de fiabilisation des données de l'ouverture de l'accès aux restitutions doit également pouvoir être réduit, dans la mesure du possible. En effet, il faut par exemple s'assurer que les ESMS non soumis à l'ERRD remontent leurs données dans le même rythme que celles remontées via la plateforme de la CNSA. Viser une restitution aux acteurs des résultats de l'année N avant fin septembre de l'année N+1 apparaît un horizon souhaitable, dont la réalisation doit être étudiée par l'ATIH.

Recommandation n°11 Pour assurer une fraîcheur de données utiles au pilotage, anticiper en cible de mi-décembre à fin septembre la date de mise à disposition des restitutions du tableau de bord de la performance

[261] Par ailleurs les travaux enclenchés avec « le cube DSN » au sein de l'application « Diamant », sur le champ sanitaire et médico-social, ont vocation à fournir des indicateurs de tension RH au niveau de chaque établissement, en rafraîchissant l'information à un pas mensuel de façon à aider l'ensemble des acteurs dans leur rôle de pilotage ; ce qui semble encourageant.

[262] En lien avec la fraîcheur des données, **la question de leur restitution aux acteurs opérationnels qui les produisent mérite une attention particulière afin d'enclencher « un cercle vertueux de la donnée »**. Comme évoqué, le nombre de données à remonter – bases de données et enquêtes – et leur morcellement diminuent le taux de réponse des acteurs et donc la qualité des données remontées et agrégées. La multiplicité des enquêtes est en ce sens peu satisfaisante et constitue une charge importante pour les acteurs, qui finissent par se démotiver, d'autant qu'ils ne voient pas de véritable plus-value à y répondre. La restitution des résultats aux acteurs est en ce sens nécessaire puisqu'elle permet, d'une part, aux concernés d'ajuster leur politique RH en fonction des données restituées notamment lorsqu'elles permettent une comparaison, d'autre part de donner de la visibilité territoriale, sur leur situation RH. Plusieurs des entreprises rencontrées par la mission dans le cadre de son parangonnage ont fait part de l'attention apportée à ces restitutions personnalisées, sous forme de tableaux de bord. Le projet de la DREES d'aller vers des restitutions directes et personnalisées aux établissements et services qui font l'effort de répondre aux enquêtes va dans ce sens. Une première étape pourrait consister à automatiser un envoi mail systématique des publications aux contributeurs.

Recommandation n°12 Instaurer le principe d'une restitution systématique des données collectées vers les établissements et services, et plus largement les acteurs qui y ont contribué. Cela doit également concerner les enquêtes nationales, et notamment celles pilotées par la DREES, avec un envoi systématique d'un mail de renvoi aux publications aux contributeurs.

[263] Aujourd'hui le tableau de bord de la performance dispose de deux outils de restitution des données agrégées – via la plateforme du TDB ESMS et via l'application Scansanté - mais reste tous deux peu utilisés. Or les acteurs rencontrés ont pour la plupart questionné l'ergonomie de cette restitution. L'ATIH reconnaît, elle aussi, que son ergonomie gagnerait à être améliorée et a ainsi

engagé des travaux pour développer une nouvelle restitution des résultats du tableau de bord qui s'inscrit dans un projet global de refonte des restitutions proposées par l'agence. L'objectif pour l'ATIH est de différencier la plateforme de collecte des outils de restitution, et ainsi revoir l'ergonomie de l'outil proposé pour le rendre plus attrayant, plus facile d'utilisation. L'agence espère gagner en lisibilité avec une restitution unique et homogène¹⁰¹. La mission estime nécessaire de poursuivre ces travaux et de les finaliser. Par ailleurs, la mission constate que le regard porté sur le tableau de bord de la performance est parfois négatif, tant de la part des pouvoirs publics, que certains acteurs de terrain, alors que lorsque les données sont fiables et complètes, elles permettent d'avoir un véritable apport dans la compréhension du secteur et donc dans la prise de décision. Il appartient donc à l'ATIH de travailler à l'amélioration de la communication sur cet outil.

Recommandation n°13 Poursuivre les travaux engagés par l'ATIH pour mettre en place une meilleure ergonomie des restitutions du tableau de bord de la performance à destination des établissements et services pour en faciliter l'utilisation par les acteurs et s'assurer, à travers des communications dédiées, de son appropriation.

[264] La mission note que pour effectuer de tels développements sur le tableau de bord de la performance, il est nécessaire de revoir les moyens qui lui sont attribués. En effet aujourd'hui l'ATIH mobilise 3,5 ETP pour le TDB et 2 ETP pour le RSU auxquels s'ajoutent les moyens présents en ARS, qui ne sont pas évalués. Aussi la mission préconise d'instruire la possibilité de déléguer à un prestataire extérieur le développement du TDB, dans la mesure où cette mission est ponctuelle et circonscrite dans le temps.

3.3 Mieux outiller les pouvoirs publics pour permettre la définition et le pilotage d'une politique RH pour le secteur

3.3.1 La fiabilisation des sous-jacents RH utilisés dans le cadre de la construction budgétaire doit permettre une prévision plus proche des besoins du secteur

[265] Les hypothèses utilisées dans le cadre de la construction de l'ONDAM (GVT, hypothèse de part de la masse salariale dans l'ensemble des charges) nécessitent selon les acteurs interrogés d'être actualisées pour permettre une meilleure fiabilité des prévisions.

[266] Concernant le GVT, la DREES a récemment mis à jour le GVT des personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière¹⁰² en utilisant les données du système d'information sur les agents des services publics (SIASP) ainsi que la DSN. La DGCS souhaiterait aujourd'hui que celui-ci puisse être réévalué pour l'ensemble du secteur médico-social et par type d'employeurs.

¹⁰¹ Selon l'ATIH, cette nouvelle restitution offrira plusieurs possibilités (avec une utilisation très intuitive) : sélection des établissements à visualiser (sous forme de carte, de sélecteur de filtres ou de recherche directe par numéro FINESS ou mot clé de la raison sociale) ; sélection d'une liste de questions ou indicateurs à restituer ; et sélection d'un choix d'établissements de comparaison (permettant le benchmark / parangonnage). Par ailleurs, les requêtes pourront être enregistrées afin de faire gagner du temps aux utilisateurs.

¹⁰² Ce calcul du GVT par la DREES a concerné les établissements de santé et sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière sur la période 2010-2023.

[267] **Toutefois, ces travaux sont complexes** : pour la fonction publique hospitalière, la DREES a notamment dû intégrer dans l'outil de micro-simulation SMASH les effets de la mise en place des nouvelles grilles de rémunération à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite des mesures salariales du Ségur de la Santé. En outre la DSN n'intègre pas à ce jour, contrairement à la DADS, d'information sur l'échelon des salariés.

[268] L'outil SMASH utilisé par la DREES a été réalisé grâce aux renforts temporaires d'entrepreneurs d'intérêt général dans le cadre d'un programme de la DINUM. Sa pérennisation repose maintenant sur les ressources internes de la DREES. Pour franchir l'étape suivante d'utilisation de cet outil pour estimer le GVT des établissements médico-sociaux privés non lucratifs, il serait nécessaire de coder les différentes conventions collectives, ce qui apparaît aujourd'hui très complexe et donc difficilement atteignable dans un contexte de ressources contraintes.

[269] Si ce besoin de réévaluation était confirmé au niveau politique, une voie alternative serait que la DGCS demande aux acteurs du secteur un partage de leurs modèles de simulation, incluant les hypothèses et formules de calcul. A défaut, l'investissement en temps hommes pour la DREES serait à chiffrer et apparaîtrait probablement élevé.

[270] **Par ailleurs, les clés de répartition de la masse salariale chargée versus les autres charges dans les charges totales des établissements médico-sociaux mériteraient d'être revues, alors que les hypothèses prises** (89% des charges du secteur personnes âgées, 75% des charges du secteur personnes handicapées) sont anciennes. Ce travail de calcul nécessite de reconstituer des éléments sur le coût total du travail par sous-secteur (PA et PH) et si possible par catégorie socioprofessionnelle afin de faciliter le lien avec les sections de financement des établissements. Il pourrait être réalisé par la CNSA sur la base des données budgétaires et comptables qui lui remontent, même si celles-ci ne sont pas totalement exhaustives¹⁰³.

Recommandation n°14 Fiabiliser les hypothèses RH prises dans la construction de la prévision de l'ONDAM médico-social en revoyant notamment les hypothèses de part de la masse salariale dans le total des charges pour les établissements médico-sociaux.

[271] Aujourd'hui, les annexes au PLFSS n'explicitent pas les sous-jacents RH de la construction de l'ONDAM. Dans un objectif de transparence, les hypothèses RH sous-jacentes, notamment le GVT et ses différentes composantes (effets positifs et négatifs) mais aussi les effets des mesures nouvelles concernant les ressources humaines, seraient détaillées dans un tableau inséré à l'annexe 5 du PLFSS.

Recommandation n°15 Expliciter les hypothèses RH implicites de la construction de l'ONDAM dans les annexes au PLFSS.

¹⁰³ Les données budgétaires et comptables qui remontent à la CNSA ne couvrent pas l'intégralité des établissements sociaux et médico-sociaux. Par construction, seuls les établissements financés entièrement ou en partie par l'OGD ont obligation de déposer leurs éléments comptables sur le portail de la CNSA : les établissements sous la compétence exclusive du Conseil Département ou du préfet peuvent leur transmettre directement leur CA, sans passer par le canal de collecte de la CNSA.

3.3.2 Il est indispensable d'améliorer la capacité des pouvoirs publics à évaluer l'impact des mesures salariales nouvelles, en particulier financier

[272] **Les différentes mesures de revalorisation, du Ségur de 2020 aux revalorisations de 2024 au sein de la branche de l'action sanitaire et sociale, ont mis en évidence la grande difficulté des pouvoirs publics lors de leur conception à :**

- **réaliser des estimations partagées des coûts de ces revalorisations**, à un instant t mais aussi en pluriannuel au regard des effets de modification des grilles ;
- **traduire ces estimations en dotations par établissement** au regard de la difficulté à identifier les professionnels concernés par ces mesures, encore moins par financeur.

[273] **En termes d'outillage, des progrès ont été faits : la DGOS a développé en interne un outil de simulation des augmentations simples de la valeur du point d'indice pour les établissements sanitaires.** Pour les mesures plus complexes, on peut noter notamment le développement de l'outil SMASH par la DREES, qui permet d'ores et déjà de réaliser des simulations rétrospectives et prospectives de l'impact budgétaire de mesures d'évolution de la rémunération dans la fonction publique hospitalière.

[274] **Pour les établissements et services médico-sociaux, la complexité de construction d'un outil de micro-simulation à la main des pouvoirs publics** pour pouvoir mesurer l'effet d'une revalorisation sectorielle sur l'ensemble des classifications, qui sont propres à chaque convention collective, et à projeter leur coût futur au regard de l'évolution des carrières, apparaît très importante. En outre, comme indiqué par certaines entreprises vues dans le cadre du parangonnage, en référence à leurs négociations annuelles obligatoires, les questions soulevées dans le cadre du chiffrage de tels accords ou mesures sont variées et nécessitent une forte réactivité. Ceci limite le caractère automatisable de ces tâches, qui sont considérées comme étant à haute valeur ajoutée. Construire une capacité de contre-expertise solide pour l'Etat nécessiterait donc un investissement important, par exemple sous la forme d'une équipe DREES ou DSS dédiée, ce qui ne paraît pas réaliste à court terme au regard de la contrainte budgétaire. Toutefois, sans attendre la réalisation de cette cible, deux types d'actions peuvent permettre d'améliorer la capacité d'estimation des impacts financiers de ces mesures par les pouvoirs publics :

- **aller vers un partage par les partenaires sociaux des modèles de simulation servant de base à l'évaluation des accords ou des mesures salariales pour le secteur privé non lucratif médico-social.** Ceci conduirait à modifier l'arrêté relatif à la liste des pièces du dossier de demande d'agrément des accords du secteur médico-social privé non lucratif comme mentionné ci-dessous ;
- **inciter les partenaires sociaux à poursuivre les travaux interbranches de convergence des classifications pour les évaluations de l'impact des mesures.** Une convergence des définitions grâce à des emplois repères permettrait en effet aux pouvoirs publics de mieux cibler les mesures de revalorisation, d'évaluer plus précisément leurs coûts mais aussi de suivre plus aisément leur application. Ces travaux, engagés dans le secteur de la petite enfance sous l'impulsion de l'Etat et, pour la BASS, dans le cadre des travaux de négociation de la CCNUE, doivent être finalisés.

[275] Bien qu'il ne soit pas préconisé à ce stade de construire un outil de micro-simulation en tant que tel du fait de sa complexité, il n'en reste pas moins nécessaire d'outiller la DGCS d'un certain nombre de données pour consolider son expertise et sa connaissance du champ et mieux anticiper les impacts des revalorisations salariales, notamment :

- des données de dénombrement des effectifs par établissement et par convention;
- des données sur les cotisations à la charge des employeurs afin de pouvoir simuler le coût complet des mesures par type d'employeurs.

[276] Une fois la donnée FINESS et Identifiant de la convention collective (IDCC) stabilisées et fiabilisées dans la DSN, les données de cette base pourront être utilement exploitées à cette fin. La DGCS pourra alors, en lien avec la DREES, réaliser des analyses d'impact financier des revalorisation plus fines. En particulier, l'identification plus fiable de l'IDCC pourrait permettre de mieux quantifier dans le cadre des travaux sur la convention collective nationale unique étendue de la branche de l'action sanitaire et sociale les effectifs des structures ESSMS et non ESSMS non-adhérentes à l'une des conventions collectives existantes de cette branche".

[277] **Au-delà de l'évaluation en amont de l'effet des mesures, la capacité des pouvoirs publics à en suivre les impacts en réalisé est faible aujourd'hui, alors même que les écarts potentiels entre ces estimations et le réalisé sont sources de nombreuses discussions entre les pouvoirs publics et les fédérations.** Une bonne pratique consisterait à organiser une évaluation systématique à un an de l'effet financier des mesures. Pour cela, lorsque cela s'avèrera possible, une ligne comptable dédiée dans les balances comptables pourrait être créée, à l'image de ce qui a été fait pour le complément de traitement indiciaire pour la fonction publique. De manière alternative, des évaluations portant sur un échantillon représentatif d'établissements pourraient être mobilisées.

[278] Enfin, les outillages précités en matière de mesure des tensions (tableau de bord) devront permettre de réaliser un suivi, même macro, des effets éventuels des mesures prises sur la résorption des tensions.

3.3.3 Pour le secteur privé non lucratif, dont les mesures RH ont un impact fort sur les finances publiques, une révision de la procédure d'agrément doit redonner une réelle capacité de pilotage à l'Etat comme aux départements

[279] Comme mentionné au 1.1, **la procédure d'agrément des accords collectifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux est très lourde** : 30 000 ESMS sont soumis à cette procédure, ce qui représente entre 500 et 800 accords locaux soumis par an à l'agrément ministériel (ESSMS sous CPOM avec ARS non soumis à la procédure d'agrément).

[280] Cette procédure, qui date de 1975, apparaît largement obsolète dans un contexte de décentralisation des politiques sociales et disproportionnée si l'on met en balance les moyens déployés avec son impact de fait.

[281] S'il apparaît à la mission que, dans un contexte de finances publiques contraintes, et alors que les établissements et secteurs sont entièrement financés sur fonds publics et avec des financeurs multiples contrairement au secteur sanitaire, **le principe d'une régulation par les pouvoirs publics de la masse salariale de ces établissements et services doit être conservé**, la question de la refonte de cette procédure se pose dans un objectif d'efficacité.

[282] En particulier, l'annonce en conférence salariale d'un taux maximal d'évolution de la masse salariale apparaît devoir être conservée pour cadrer en amont les évolutions. Il apparaîtra d'autant plus légitime s'il repose sur des bases actualisées (GVT, part de la masse salariale dans l'ensemble des charges).

[283] De la même façon, et sous condition d'un partage des modèles de simulation ou de la construction d'un modèle dédié (cf. recommandation 17), il apparaît nécessaire que les pouvoirs publics puissent se prononcer sur les accords à fort impact, ce qui constitue une forme de contrôle du respect du taux d'évolution précité.

[284] En revanche, un certain nombre d'aménagements pourraient être apportés à cette procédure de manière à la rendre plus efficace :

- **Mieux associer les départements aux évolutions salariales du secteur et améliorer le cadrage financier en apportant plus de transparence dans l'affichage des paramètres d'évolution de la masse salariale.** Serait introduite dans les textes la mise en place d'un comité des financeurs. Celui-ci se réunirait en juillet n-1 pour un premier partage des déterminants d'évolution de la masse salariale (notamment GVT), puis en décembre n-1 pour une discussion sur les éléments de cadrage financier à annoncer conjointement lors de la conférence salariale de février de l'année n. Ce comité des financeurs réunirait les parties prenantes de l'Etat, au niveau du ministère, ainsi que les conseils départementaux via l'Association des départements de France. D'autres séances pourraient se tenir, avec *a minima* une obligation d'information par l'Etat des CD en amont des prises de décisions sur des mesures salariales susceptibles de les concerner en tant que financeurs ;
- **Supprimer l'approbation des accords locaux ou accords d'entreprises, qui sont de faibles impact (519 instruits en 2023) et dont l'instruction est chronophage.** Pour la faible part d'accords locaux représentant des mesures nouvelles non arbitrées nationalement (mesures de grilles, primes de partage de la valeur, indemnités de télétravail...), la plus-value d'une procédure nationale fondée sur une consultation de chacune des autorités de tarification (ARS, département, DREETS, DRPJ...) semble très limitée et complexe, particulièrement dans des situations dans lesquelles l'accord a vocation à s'appliquer à plusieurs ESMS relevant de plusieurs financeurs, ce qui entraîne souvent des délais de plusieurs mois entre la signature d'un accord et son entrée en vigueur. Elle apparaît désormais inadaptée au regard de son caractère lourd et disproportionné. Elle demande une instruction complexe au regard du manque de visibilité de l'administration au niveau national chargée d'instruire les demandes d'agrément, sur l'état financier et le coût réel induit par les conventions d'établissement. La suppression de l'agrément laisserait plus de marges de manœuvre aux partenaires sociaux, qui dialogueront directement avec leurs financeurs pour apprécier la soutenabilité des accords, et simplifierait leur entrée en vigueur ;
- **Limiter l'examen des accords nationaux (conventions collectives nationales et leurs avenants) à ceux qui ont un impact sur la masse salariale (5 sur 14 accords nationaux présentés à l'agrément en 2023), en définissant le cas échéant un seuil.** Pour ces accords, le cahier des charges des éléments à transmettre aux pouvoirs publics pour expertiser les

effets financiers de court et moyen terme, qui prend à ce jour la forme d'un arrêté¹⁰⁴, serait réécrit pour prévoir un partage des hypothèses et paramètres retenus dans le cadre de l'évaluation, ainsi que des modalités de calcul ;

- **S'assurer que les départements sont bien parties prenantes de la gouvernance en mettant en avant l'allègement de celle-ci et son recentrage sur les conventions à fort impact financier** ; remise à plat des correspondants identifiés pour les CD pour se prononcer sur l'agrément, incitation à participer à la commission nationale d'agrément qui serait considérablement allégée. Une répartition des voix par collège au prorata des financements de la branche pourrait également être instaurée.

[285] Le dispositif pourra être complété par voie réglementaire en précisant que les voix de chaque collège en commission nationale d'agrément sont proportionnelles à leur part dans le financement de la branche, et en rappelant la place des départements dans cette commission.

Recommandation n°16 Mieux associer les départements au cadrage des évolutions salariales via la création d'un comité des financeurs réuni au cours de l'année N-1.

Recommandation n°17 Alléger la procédure d'agrément actuelle sur les accords nationaux à fort enjeu en modifiant l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, et renforcer la capacité d'évaluation de ces accords par les pouvoirs publics en prévoyant par arrêté une transmission par les branches des modèles de calcul de l'impact financier de ces revalorisations.

3.3.4 Les chantiers de mise en place d'une capacité de suivi des tensions RH sur le secteur doivent être poursuivis et priorités, avec pour cible la construction d'un tableau de bord trimestriel et l'instauration d'une veille renforcée sur les bas salaires

[286] **L'ensemble des interlocuteurs rencontrés ont exprimé le besoin d'un outil structuré pour suivre les tensions RH**, et notamment rassemblant les indicateurs suivants, à un niveau géographique minimal (région), par type d'établissements (public/privé, sanitaire/médico-social) et type de professions :

- Les effectifs ;
- Le volume de travail ;
- Les flux d'entrée et de sorties ;
- L'absentéisme : congés, arrêt-maladies, congés maternité et paternité ;
- Les heures supplémentaires ;
- Les contraintes en matière d'organisation du temps de travail (astreintes, gardes...) ;
- Le recours à l'intérim et aux contrats de courte durée ;
- Les emplois vacants et les difficultés de recrutement.

¹⁰⁴ Arrêté du 22 décembre 2022 portant application des dispositions prévues à l'article R. 314-197 du code de l'action sociale et des familles relatives aux modalités de transmission à la commission nationale d'agrément des conventions et accords et à la liste des pièces du dossier de demande d'agrément.

[287] Différents chantiers de suivi des tensions ont été engagés depuis le lancement du Ségur et le constat alors fait d'une difficulté à avoir une vision claire de ces tensions permettant d'agir : enquête EVAC, projet Vigie RH notamment.

[288] Sur ce sujet qui constitue un besoin majeur, tant pour mieux anticiper les difficultés que pour piloter les réponses apportées et suivre leur impact, l'urgence est de consolider et faire converger autant que possible les projets en cours, sous l'égide de la DREES, pour concentrer au mieux les efforts humains et investissements techniques, et de fixer un périmètre cible qui permette de converger vers un outil le plus unifié possible.

[289] **La cible serait donc la production d'un tableau de bord trimestriel permettant de suivre les tensions en infra annuel sur le champ des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que la petite enfance.** Pour cela :

- l'enquête EVAC permettra de recueillir les postes vacants ainsi que des éléments qualitatifs d'appréciation sur les difficultés de recrutement des structures, qui pourront être réinjectés dans le tableau de bord. Sa fréquence sera trimestrielle et elle concernera le secteur sanitaire et médico-social, ainsi qu'à terme potentiellement la petite enfance ;
- le projet Vigie RH serait mis en œuvre dans son échelle actuelle (médico-sociale en commençant par les EHPAD), puis étendu au secteur sanitaire sous l'égide de la DREES. Sur les effectifs, les embauches, les départs, les motifs de rupture de contrat, les taux d'entrée et de sortie, le turnover, les formes particulières d'emploi ((taux de recours CDD, intérim, apprentissage) par profession, les besoins sont avérés et l'exploitation de la DSN est prometteuse. Dans un troisième temps, serait étudié l'élargissement de ce projet au secteur social et de la petite enfance ;
- s'agissant des SAAD, les indicateurs annuels du tableau de bord de la performance pourraient être utilisés dans un premier temps avant d'envisager une exploitation de la DSN, dont le préalable est la fiabilisation des FINESS ;
- pour la petite enfance, les possibilités d'extension de l'enquête EVAC et du projet Vigie RH feront l'objet d'une étude par la DREES, pour compléter les remontées issues de la CNAF et proposées par la mission.

[290] **A cet égard, le renforcement des moyens humains de la DREES apparaît indispensable.** Ces propositions, pour qu'elles aboutissent toutes, supposent de pouvoir disposer de moyens humains pour procéder aux investissements méthodologiques nécessaires, puis à leur mise en production.

[291] **Au global, un tableau de bord synthétique et évolutif de suivi des tensions pourrait être constitué par la DREES à un rythme trimestriel dès que possible,** sur la base de l'enquête EVAC, du tableau de bord de la performance, des données de Vigie RH, et le cas échéant de certains éléments issus des remontées créées pour la petite enfance. Il serait enrichi au fur et à mesure de l'extension du périmètre du projet Vigie RH au secteur sanitaire privé et public, puis au reste du champ de la mission – petite enfance et protection de l'enfance. En parallèle, la mission préconise d'intégrer à moyen terme des éléments de reconstitution annuelle des heures supplémentaires dans Vigie RH. Ce tableau de bord produit trimestriellement pourrait éclairer les travaux du

comité interministériel proposé par le rapport de la mission IGAS relative l'attractivité des métiers du champ social.

Recommandation n°18 Etendre progressivement Vigie RH à l'ensemble du secteur médico-social, sanitaire, dont privé lucratif, ainsi qu'au champ de la protection de l'enfance puis à la petite enfance. Elargir par ailleurs son périmètre aux indicateurs de tension pertinents à suivre via la DSN.

Recommandation n°19 Créer un tableau de bord publié annuellement puis trimestriellement avec des indicateurs de tension RH pour l'ensemble du secteur social, médico-social et sanitaire en s'appuyant sur les sources existantes, puis progressivement sur les nouvelles exploitations en cours : Vigie RH et l'enquête EVAC.

[292] **Afin d'adopter une posture d'anticipation plutôt que de réaction sur les rémunérations, la mission considère que l'outillage national devrait également comporter une veille sur les bas salaires, en ce qui concerne l'ensemble des secteurs considérés.** C'est d'ailleurs ce que plusieurs entreprises rencontrées par la mission, en particulier celles faisant face à des tensions, ont indiqué faire, en recourant à des abonnements à des parangonnages de rémunération par exemple. L'Union des industries et métiers de la métallurgie réalise également une enquête rémunération annuelle depuis 1950, dont la restitution auprès de ses adhérents leur permet de détecter des problématiques d'attractivité liées aux salaires.

[293] **Ce besoin est particulièrement prégnant s'agissant du secteur privé non lucratif médico-social,** notamment pour apprécier la part des salaires du secteur en dessous des niveaux du SMIC, tout accord permettant de réduire les écarts avec ce minimum réglementaire étant priorisé par la DGCS dans le cadre de la procédure d'agrément.

[294] **L'exploitation de la Base Tous Salariés par la DREES, déjà réalisée pour la partie sanitaire¹⁰⁵ mais qui reste notamment à faire sur le champ médico-social, apparaît pouvoir répondre à cet enjeu, et permettre de produire des données de salaire de référence déclinées si nécessaire par région ou par département, par type de statut (public / privé) et par secteur (sanitaire, social, médico-social).** Le raccourcissement des délais de production de cette base par l'INSEE pour une disponibilité à la fin de l'année n+1 permettront un suivi plus frais. Pourraient ainsi être réalisées des analyses rétrospectives puis annuelles relatives à l'évolution des salaires : évolution des salaires sur longue période, distribution des rémunération, éléments de comparaison pour des professions comparables, quantification des salariés concernés par un salaire en dessous du SMIC... Les travaux de fiabilisation du FINESS et de l'IDCC dans la DSN sont toutefois un prérequis technique indispensable à la bonne exploitation de cette base, notamment pour le secteur médico-social. Par ailleurs, de tels travaux de veille peuvent nécessiter la mobilisation d'informations sur les cotisations et contributions sociales dues, à un niveau qui est celui du contrat compte tenu de la variation de l'ampleur des allègements généraux de cotisations patronales en fonction de la rémunération (jusqu'à 1,6 SMIC) : seule la DARES (ainsi que l'ACOSS) a accès à ces données individuelles de cotisations, ce qui induirait la nécessité d'un travail commun avec la DREES pour affiner ce suivi en y intégrant les prélèvements sociaux.

¹⁰⁵ Panorama des établissements de santé, DREES.

Recommandation n°20 Afin de développer une capacité d'observation des problématiques de bas salaires dans une approche comparée avec d'autres secteurs, missionner la DREES pour produire des éléments d'observation rétrospectifs puis à un rythme annuel à partir de la Base Tous salariés de l'INSEE au-delà du secteur sanitaire qui fait déjà l'objet de publications.

3.3.5 La prospective sur le besoin en RH en santé doit être fiabilisée et étendue aux autres champs

[295] L'ONDPS a réalisé des travaux précieux de prospective pour les professions médicales et – dans le cadre d'une publication prochaine – pour celles d'infirmières et d'aides-soignantes.

[296] **Au-delà d'une meilleure exploitation de ces publications, l'extension de ces travaux à l'ensemble des professions du social et du médico-social qui ne sont pas encore couvertes par les travaux existants apparaît nécessaire.** Plusieurs interlocuteurs ont mentionné à la mission le besoin de projection pour le métier des éducateurs spécialisés, les auxiliaires de puériculture, les éducateurs du jeune enfant, les aides médico psychologiques.

[297] Si ces travaux apparaissent en première intention moins lourds que les études qui ont porté sur le secteur sanitaire, en ce qui concerne l'anticipation des effets organisationnels ou d'innovation, un renforcement des moyens de l'ONDPS sera nécessaire à cette fin.

[298] Les résultats de ces travaux pourraient être partagés dans le cadre du réseau national d'observation et de prospective des emplois et des métiers de la santé et de l'accompagnement social. Ce réseau, animé par la DREES, est une proposition de la mission IGAS relative à l'attractivité des métiers du champ social. Il aurait pour objectif de coordonner les principales structures engagées dans le suivi et l'observation des métiers de la santé et de l'accompagnement social, notamment les directions statistiques ministérielles, les services collecteurs ou utilisateurs de données (ONDPS, ATIH, CARIF-OREF, CEREQ) et pour développer une méthode commune de prospective emploi-formation entre l'Etat et les Régions.

Recommandation n°21 Etendre les travaux de l'ONDPS à l'ensemble des professions du social et du médico-social en veillant à la bonne adéquation de ces moyens à ces missions nouvelles.

3.3.6 Un meilleur outillage du niveau territorial conditionne la mise en place et le pilotage d'une politique RH adaptée aux enjeux locaux

[299] Dans un premier temps, et en parallèle des actions nécessaires pour fiabiliser les données qu'il contient, **les ARS peuvent s'agissant du domaine médico-social se saisir des données présentes dans le tableau de bord de la performance.** Ces données, maniées avec la prudence requise au regard de leur complétude qui varie pour chaque territoire, peuvent permettre de cibler les établissements en difficulté ou d'effectuer des comparaisons. Ce développement des usages est par ailleurs indispensable à l'amélioration en retour de la collecte et de la qualité des données.

[300] **La constitution d'outils de visualisation des tensions (Vigie RH) et d'exploitation de la DSN au niveau des établissements (Diamant cube DSN) devrait permettre un second niveau d'outillage des ARS sur le volet tension** mais aussi diagnostic d'un établissement. En particulier, le cube DSN dans Diamant doit permettre de fournir aux ARS, sur le champ sanitaire et médico-social, des

indicateurs de tension RH au niveau de chaque établissement, en rafraichissant l'information à un pas mensuel de façon à aider l'ensemble des acteurs dans leur rôle de pilotage.

[301] S'agissant des conseils départementaux, la fiabilisation des données du tableau de bord de la performance devrait permettre un meilleur outillage, notamment à des fins de comparaison entre établissements.

[302] Le partage des données et études existantes aux différentes parties prenantes (conseils départementaux, régions, communes) est également un enjeu fort. Des efforts existent en ce sens : la DREES a ainsi mis en place une lettre d'information, « Focus Régions et Départements », qui met un coup de projecteur sur les données régionales et départementales avec l'objectif de faciliter l'accès à ces données. Mais des besoins existent quant à la déclinaison et l'exploitation régionale de certaines enquêtes.

[303] La déclinaison territoriale de certaines enquêtes ou études nationales a également été évoquée comme un besoin fort par des établissements et des ARS. En outre, et de manière symétrique, dans le cadre du suivi des chantiers prioritaires du gouvernement, le besoin de suivre un certain nombre d'indicateurs de manière territorialisée est apparu : évolution des recrutements nets en EHPAD d'AS et d'IDE, nombre de diplômés (AS, IDE, AES), part d'établissement engagés ou accompagnés dans une démarche QVT.

[304] Il est proposé pour cela :

- que le Comité d'animation de la donnée en région (CADOR)¹⁰⁶ puisse consolider les besoins des ARS, et assurer un lien avec le ministère et la DREES lors du lancement d'enquêtes ou d'études pour apprécier et relayer un éventuel besoin de déclinaison territoriale ;
- que la DREES puisse s'appuyer sur le réseau des statisticiens en ARS qu'elle anime pour mettre en place techniquement la déclinaison territoriale de certaines de ses enquêtes une fois le besoin validé et priorisé au niveau des DG ARS. L'INSEE peut aussi au niveau local être un partenaire intéressant si le besoin ne concerne notamment pas toutes les ARS, comme le montre le travail fait par l'ARS PACA avec l'INSEE sur les trajectoires de salariés du secteur de la santé. Les observatoires régionaux de santé (ORS), organismes autonomes portés par des associations à but non lucratif et présents dans chacune des régions françaises, pourraient également être associés et mobilisés pour ces travaux d'intérêt pour les différentes collectivités qui les financent ;
- que, pour les besoins de remontées territorialisées, le CADOR puisse être saisi pour étudier les meilleures solutions possibles pour collecter la donnée au niveau territorial.

Recommandation n°22 Confier aux instances et réseaux existants (CADOR, réseaux de la DREES en région) une mission relative à la déclinaison territoriale des études et données RH, en veillant à associer les observatoires régionaux de santé (ORS) dès que possible

[305] Enfin, de manière circonscrite, les matrices de ciblage des inspections / contrôles réalisés par les ARS gagneraient à intégrer pour les établissements et services accueillant des personnes

¹⁰⁶ Le Comité d'Animation de la Donnée en Région (CADOR) a été installé en 2021 par décision du Conseil national de pilotage (CNP) sur impulsion commune du Secrétariat général de l'époque et du DREES. Le CADOR se donne pour mission de rationaliser et de sécuriser l'usage de la donnée au service de la gouvernance de la santé.

en situation de handicap comme les établissements de santé, comme cela est d'ores et déjà le cas pour les EHPAD, des indicateurs d'alerte relatifs aux ressources humaines.

3.4 Mettre en place une gouvernance claire et responsabilisante, afin de garantir le déploiement de la feuille de route et de veiller au respect d'une logique de simplification déclarative

[306] **Mettre en place la feuille de route proposée par le présent rapport en garantissant les principes énoncés de simplification déclarative représente une tâche considérable.** Un tel chantier nécessite la mobilisation de compétences variées et éparses, au sein des directions statistiques mais aussi métiers en administration centrale, ainsi qu'au sein des ARS qui devront jouer un rôle accru en matière de fiabilisation des données et de confrontation des sources déclaratives. Il requiert de tisser des partenariats étroits et fructueux avec les éditeurs de logiciel de paye et les acteurs du secteur, fédérations professionnelles notamment, pour mener à bien le chantier de renforcement de la qualité des dépôts de DSN. Il implique de tenir un cap de simplification, qui ne pourra être que très progressif et subordonné à l'assurance préalable d'une qualité déclarative des données issues des déclarations sociales des employeurs.

[307] **Il apparaît indispensable à la mission que cette feuille de route puisse inclure une clause de revoyure dans les cinq prochaines années**, pour refaire un état des lieux des bases de données existantes et leur utilité avérée, notamment dans un cadre global d'avancée en matière de fiabilisation des données DSN.

[308] L'ampleur du chantier nécessite la mise en place d'une gouvernance renforcée et clarifiée : elle implique de missionner explicitement les administrations concernées pour mettre en œuvre cette feuille de route. Cette feuille de route doit par ailleurs impérativement comporter, au-delà des finalités d'amélioration de la connaissance des effectifs, des rémunérations, des tensions sur les ressources humaines, un rôle de garant du respect des principes fixés *supra* : dites-le nous une fois, exploitation la plus systématique possible à des fins de pilotage ou de publication des données collectées, retour le plus systématisé possible aux déclarants en termes d'information statistique ou d'outils et de références de parangonnage.

[309] **La mission estime que le déploiement de cette feuille de route doit être explicitement confié par les ministres en charge de la santé et des solidarités à la direction statistique de référence (DREES), avec comme co-pilotes les directions métiers principalement concernées (DGOS et DGCS).**

[310] Comme le présent rapport a cherché à le démontrer, les données sur les effectifs et les ressources humaines ne manquent pas ; les « tuyaux » de remontées d'information existent. Ils sont aujourd'hui largement sous-exploités, faute de connaissance experte de la qualité de la donnée déclarée selon les sources. Dans ce travail de fiabilisation et de retraitement de la donnée, la place de la direction statistique qu'est la DREES apparaît naturellement centrale. En complément, il a semblé souhaitable à la mission d'intégrer pleinement les directions métiers au pilotage de cette feuille de route, dès lors que l'enjeu majeur consiste à travailler cette matière aujourd'hui sous-employée, pour en évaluer de manière fine la qualité, l'usage possible, et faire connaître cette évaluation auprès des utilisateurs potentiels, nationaux comme régionaux.

[311] **La mise en œuvre de la feuille de route aura vocation à s'appuyer sur le réseau proposé dans le cadre de la mission IGAS relative à l'attractivité des métiers du champ social**, qui doit permettre un meilleur partage des données et enquêtes produites entre les différents producteurs. Son déploiement permettra d'appuyer les décisions du comité interministériel proposé par cette mission, en termes par exemple de volume des entrées en formation ou de revalorisation ciblée de certains professionnels ou encore plus globalement pour estimer les besoins de recrutement dans le secteur.

[312] Dans le cadre de cette approche en réseau, l'implication de l'INSEE et de la DARES, producteurs centraux de données sur les effectifs et sur les salaires, sera naturellement indispensable, ainsi que l'ATIH qui assure la gestion de plusieurs bases. De même, la CNAF assurera un rôle central dans la collecte et la production de données dans le champ des EAJE. L'intégration de la DNS et de la DNUM dans ce chantier revêtira également une dimension cruciale en termes de mise en adéquation des outils de collecte aux besoins d'exploitation que d'urbanisation de ces différents instruments. L'implication de la CNSA, qui commande et opère de nombreuses remontées, sera également décisive.

[313] **Ces différents acteurs de la donnée seront réunis au sein d'un comité de pilotage, coanimé par le pilote et les co-pilotes de la feuille de route – DGCS, DGOS et DREES - en charge d'en assurer la bonne mise en œuvre.** Ce comité de pilotage aura notamment pour rôle :

- **De suivre chacune des mesures de la feuille de route pour en garantir l'avancement.** Le comité de pilotage rendra compte une fois par an au comité interministériel de ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social¹⁰⁷ ;
- **D'examiner annuellement les éventuelles redondances entre indicateurs qui seraient apparues**, du fait de meilleures exploitations de bases comme la DSN par exemple. Cette revue, conduite sous l'égide du « dites-le nous une fois », permettrait d'identifier les éventuelles suppressions à réaliser ou imports automatisés possibles ;
- **D'examiner tout nouveau projet de collecte de données sur le champ RH**, hors enquêtes ponctuelles, **afin d'éviter les redondances dues notamment à la méconnaissance d'autres collectes existantes ou de projets en cours.** A cet égard, la mission tient à indiquer qu'elle a été frappée par la découverte au fil de l'eau de différents projets, sans qu'aucun acteur n'ait semblé avoir une vision globale ou le réflexe de vérifier les possibles mutualisations ou redondances avec des remontées existantes avant de lancer un nouveau projet.

Recommandation n°23 Traduire les différents chantiers proposés par la mission dans une feuille de route signée par les ministres concernés dont le pilotage serait confié à la DREES, en lien avec la DGCS et la DGOS.

[314] **Il paraît par ailleurs indispensable à la mission que les directions du ministère s'astreignent à une consolidation et à une publication régulière des données d'effectifs et de masse salariale utiles pour la connaissance des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que pour leur pilotage.** Le constat fait par les interlocuteurs rencontrés et que la mission fait sien est celui d'un panorama général (à l'exception de la petite enfance et de la protection de l'enfance) d'abondance de données sur les effectifs et la masse salariale, mais qui peuvent ne pas recouper

¹⁰⁷ Comité interministériel proposé par la mission Igas relative à l'attractivité du champ social.

les besoins des administrations, notamment en termes de fraîcheur de leur mise à disposition. Il existe par ailleurs des manques prégnants pour quelques indicateurs clefs de mesures des tensions sur les ressources humaines, les taux de vacances de postes (à date) et le décompte de l'absentéisme (dans le secteur sanitaire notamment) par exemple.

[315] **Cependant, l'enjeu majeur consiste avant tout à mieux exploiter les données aujourd'hui collectées.** Il ne s'agit pas de préconiser une utilisation systématique et non éclairée, au niveau national comme des agences régionales de santé, des informations à disposition, mais d'enclencher et de soutenir une démarche globale d'appréciation de la robustesse des données collectées, de confrontation entre sources de données existantes, de retour vers les déclarants pour enclencher une démarche d'amélioration de leurs pratiques, de retraitement de la donnée recueillie à des fins d'exploitation, en tant que de besoin. Le besoin le plus prégnant parmi les acteurs est celui de disposer d'une information sur le niveau de qualité de telle ou telle donnée en fonction de l'usage qu'ils souhaitent en faire. La démarche doit s'accompagner en parallèle d'un renforcement de la connaissance qu'ont les acteurs des indicateurs disponibles.

[316] **Compte tenu de cette double problématique, la consolidation dans un document de référence des données les plus robustes et fraîches relatives aux effectifs, aux coûts salariaux unitaires, à l'absentéisme, aux taux de postes vacants, aux heures supplémentaires, au recours aux CDD et à l'intérim, etc., apparaît nécessaire.** Elle présenterait le double avantage de simplifier le travail d'identification des sources disponibles pour les acteurs concernés et de les guider vers les sources de données les plus pertinentes en fonction de l'indicateur considéré. La production d'un tel rapport n'épuiserait naturellement pas le besoin de données des administrations au niveau national comme régional. Mais il constituerait un document de référence, ainsi qu'une source d'information précieuse et indiscutable pour le débat public, avec ses apports comme ses lacunes en termes de périmètre – qui auraient vocation à être comblés progressivement. Le périmètre de ce rapport annuel couvrirait l'ensemble du champ sanitaire, social et médico-social, en présentant un état des lieux sur les effectifs et la masse salariale.

[317] Mettre en œuvre le principe d'une publication régulière par les administrations d'un rapport sur une thématique donnée ne requiert pas nécessairement la promulgation d'un texte. Inscrire le principe de transmission d'une telle publication au Parlement dans un texte aurait cependant l'avantage de matérialiser cet engagement vis-à-vis de la représentation nationale d'une part et de constituer un levier potentiel pour obtenir de l'information non disponible auprès de certains acteurs d'autre part.

Recommandation n°24 Consolider annuellement l'état des connaissances sur les ressources humaines des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour alimenter les arbitrages sur des mesures d'attractivité, de construction budgétaire, d'entrées en formation, etc.

[318] **Enfin, la mission souhaite conforter le besoin, déjà exprimé dans le cadre des travaux conduits en 2023 sur la connaissance des tensions sur les ressources humaines, d'un renforcement des effectifs de la DREES, qui lui paraît indispensable pour déployer cette feuille de route exigeante.** Dans le cadre des travaux menés par le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, à la demande du ministre en charge de la santé avaient été estimés des besoins de renforts en effectifs pour la direction.

[319] Certaines de ces demandes correspondent à des besoins qui ne couvrent pas le champ de la présente mission (suivi des lits et places via le répertoire de l'offre et des ressources, expertise des potentialités du système d'information de suivi de l'étudiant) ou ont été recalibrées et d'ores et déjà prises en charge (comme l'enquête de conjoncture auprès des ES et des ESMS, dont certaines finalités ont été reprises, partiellement, dans le cadre du projet EVAC et pour lequel la DREES a effectué des réallocations de moyens à iso-ressources).

[320] Le rapport précité avait identifié le besoin d'un ETP pérenne autour de l'expertise du cube DSN et d'un ETP temporaire au cours de la phase initiale de déploiement de l'outil : ce besoin demeure. Comme évoqué dans le présent rapport, est entretemps intervenu le lancement d'un chantier qui apparaît porteur de davantage de plus-value, par la production d'indicateurs robustes, ayant fait l'objet de vérifications par la DREES et la DGCS, à savoir Vigie-RH. En outre, la feuille de route décrite dans le présent rapport induit une ambition plus forte que l'exploitation évoquée du cube DSN, sur la fiabilisation via la *task force* au sein de laquelle la DREES devrait être motrice des données de la DSN notamment. De plus, l'appui de la DREES aux travaux de l'ONDPS nécessite un renfort pour exploiter les outils de projection des ressources par professions construits par cette direction. Enfin, la proposition de la mission de rendre bisannuel le volet de l'enquête ES-PE induira une charge nouvelle.

[321] **A tous ces titres, un renfort de trois ETP de la DREES sur ces missions apparaît nécessaire. Cet investissement doit permettre de doter les pouvoirs publics d'un système d'observation et de pilotage de la donnée RH du secteur social complété, fiabilisé et moins chronophage en termes de remontées. Il présente nécessairement une logique de retour sur investissement**, dès lors qu'une meilleure connaissance de l'état des tensions, des salaires et des effectifs doit permettre également un meilleur ciblage des mesures. La structuration d'un chantier clairement identifié et piloté dans ce domaine permettra aussi de rationaliser l'investissement en temps des différentes directions voire d'éviter la création de nouveaux projets concurrents qui sont nécessairement consommateurs de ressources.

[322] Au-delà des effectifs, très limités à l'échelle du plafond d'emploi ministériel mais dont l'impact serait décisif dans l'amélioration de la compréhension des déterminants RH dans le champ des politiques mises en œuvre par les ministères sociaux, qu'il apparaît nécessaire de dégager pour la DREES, se pose par ailleurs, comme évoqué *supra*, la question d'un renforcement, par des appuis ponctuels de profils experts pour les exercices successifs de prévision, de la capacité à faire de l'ONDPS, compte tenu de l'élargissement recommandé de ses missions¹⁰⁸.

Recommandation n°25 Renforcer les moyens de la DREES afin de rendre possible la mise en œuvre de la feuille de route développée par le présent rapport.

¹⁰⁸ Profils experts qui pourront être mobilisés via des sollicitations ponctuelles de ressources du HCAAM, de l'IRDES, d'internes voire de médecins de santé publique, ainsi que de personnels des observatoires régionaux de santé, pour des problématiques impliquant des enjeux de santé publique et une approche régionale.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau synthétique des évolutions proposées en termes de collecte et production de données

Type de mesure (nouvelles remontées ou exploitation des données existantes)	Description de la mesure proposée	Objectif	Pilote
NOUVELLE REMONTEE	Confier à la CNAF la responsabilité de collecter les indicateurs clefs de suivi des effectifs et de la masse salariale (dont turn-over, absentéisme), de manière similaire auprès des établissements PSU et PAJE ; prioriser la déclaration des effectifs, assortie d'une ventilation par fonction et diplôme. Enrichir systématiquement les publications annuelles de l'observatoire national de la petite enfance de ces données.	Suivre la situation de pénurie de professionnels en crèche, permettre le pilotage d'un service public de la petite enfance	CNAF
NOUVELLE REMONTEE	Enrichir les informations demandées dans le cadre des enquêtes de la DREES auprès des établissements et services de la protection de l'enfance et adopter un rythme bisannuel de remontée concernant le volet relatif aux ressources humaines.	Suivre les situations de tensions grâce à de nouvelles informations, améliorer la fraîcheur des données pour permettre le pilotage budgétaire et l'élaboration de mesures d'attractivité	DREES
NOUVELLE ETUDE	Etendre les travaux de l'ONDPS à l'ensemble des professions du social et du médico-social en veillant à la bonne adéquation de ces moyens à ces missions nouvelles.	Outiller les pouvoirs publics de données prospectives pour permettre d'améliorer l'adéquation entre offre et besoins en professionnels	ONDPS
MEILLEURE EXPLOITATION DES DONNEES EXISTANTES	Etendre progressivement Vigie RH à l'ensemble du secteur médico-social, sanitaire, dont privé lucratif, ainsi qu'au champ de la protection de l'enfance puis à la petite enfance. Elargir par ailleurs son périmètre aux indicateurs de	Améliorer l'outillage de suivi des tensions sur l'ensemble du champ social	DGCS / DREES puis DGOS

	tension pertinents à suivre via la DSN.		
MEILLEURE EXPLOITATION DES DONNEES EXISTANTES	Créer un tableau de bord publié annuellement puis trimestriellement avec des indicateurs de tension RH pour l'ensemble du secteur social, médico-social et sanitaire, en s'appuyant sur les sources existantes, puis progressivement sur les nouvelles exploitations en cours : Vigie RH et l'enquête EVAC.	Doter les pouvoirs publics d'un outil de visualisation synthétique des tensions sur l'ensemble du champ	DREES
MEILLEURE EXPLOITATION DES DONNEES EXISTANTES	Produire des éléments d'observation rétrospectifs puis à un rythme annuel à partir de la Base Tous salariés de l'INSEE au-delà du secteur sanitaire qui fait déjà l'objet d'une publication.	Développer une capacité d'observation des problématiques de bas salaires dans une approche comparée avec d'autres secteurs,	DREES
MEILLEURE EXPLOITATION DES DONNEES EXISTANTES	Expertiser la possibilité de partage par l'assurance maladie auprès des directions concernées du ministère de données de liquidation d'indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP	Disposer d'une visibilité sur l'absentéisme maladie, maternité et AT-MP dans l'ensemble des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux	CNAM

ANNEXE 2 : Cartographie des bases de données

1 Bases de données transverses aux trois champs (sanitaire, social, médico-social) couverts par les travaux

- La base « Tous salariés »

Les bases « Tous salariés » sont des fichiers statistiques annuels de données individuelles sur l'ensemble des salariés, produites par l'INSEE à partir de déclarations administratives de leurs employeurs. Sur le champ privé, les salaires annuels et les effectifs sont principalement issus des déclarations sociales nominatives (DSN) qui, depuis 2017, se sont substituées aux déclarations annuelles de données sociales (DADS). Les informations relatives aux trois fonctions publiques proviennent pour leur part du système d'information sur les agents du service public (Siasp) qui exploite principalement deux sources : les DADS (pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière) et les fichiers de paie des agents de l'État (pour la fonction publique d'État), ainsi que la DSN depuis 2020 ; à compter du millésime 2022, la DSN se substitue à ces sources pour les agents du service public également.

THEME	Emploi : personnes physiques, temps de travail, masse salariale	Flux, vacances, absentéisme et tensions
Indicateurs	Effectif au 31/12 et effectif moyen N et N-1, ETP N et N-1, nombre de postes, nombre d'heures salariées, code PCS, âge, type de contrat de travail, ancienneté dans l'entreprise, rémunération brute et nette	
Production	Insee	
Champ	Tous les établissements depuis 2022 (obligatoire pour le privé depuis 2017 et depuis le 1 ^{er} janvier 2022 pour les administrations)	
Calendrier	-	
Périodicité	Annuelle	
Délai	N + 12 mois en cible (N + 18 mois actuellement)	
Granularité géographique	Pas de limite en théorie, dans le respect des règles relatives au secret statistique	

Segmentation par type d'établissement	Pas de limite en théorie, dans le respect des règles relatives au secret statistique
Granularité par métier	Code PCS
Avantages et limites	De nombreux contrôles de cohérence L'analyse des données sur les champs sanitaire et médico-social est à peine commencée

- Les fiches statistiques produites par la DARES (la nomenclature CRIS - conventions regroupées pour l'information statistique)

THEME	Emploi : des personnes physiques au temps de travail	Flux, vacances et tensions
Indicateurs	Effectif au 31/12, ETP, caractéristiques des salariés au 31/12 (tranche d'âge, hommes/femmes, PCS, proportion de temps partiels et CDD)	
Production	DARES à partir de la base tous salariés	
Champ	Hospitalisation privée (02264 CRIS P), Hospitalisation à but non lucratif (00029 CRIS P), Centres de lutte contre le cancer (02046 CRIS P), établissements pour personnes inadaptées (00413 CRIS P), centres d'hébergement de de réadaptation sociale (00783 CRIS P)	
Historique	Depuis 2011	
Périodicité	Annuelle	
Délai	Juillet N + 2	
Granularité géo	Nationale	
Segmentation type d'établissement	Selon les regroupements de convention collective de la nomenclature CRIS	
Granularité métier	Cadre/profession intermédiaire/employé/ouvrier	
Limites	Délai, périodicité, faible niveau de détail	

2 Bases de données relatives aux établissements de santé

- Le bilan social

THEME	Emploi : des personnes physiques au temps de travail	Flux, vacances et tensions
Indicateurs	Emplois, heures supplémentaires, absentéisme pour motif médical et non médical PM et PNM, fréquence et causes des accidents du travail, nombre de jours sur le CET, proportion d'agent concernés par un horaire dérogatoire en 12h, part de temps partiel H/F	Taux de rotation PM et PNM, arrivées, départs, part des dépenses d'intérim dans les dépenses de personnel PM et PNM, catégorie des arrivées (CDD CDI, mutations, détachements, réintégration, stages) et des départs (retraite, mutation, fins de contrats, démission, congés), métiers les plus sensibles, accidents du travail
Production	ES via la plateforme ATIH	
Champ	Etablissements publics de santé de plus de 300 agents	
Historique	Depuis 2012 dans cette version	
Périodicité	Annuelle	
Délai	N+2	
Granularité géo	La donnée existe au niveau établissement, granularité régionale pour la diffusion, mais le taux de réponse est variable selon les régions	
Segmentation type d'établissement	CHU, CH (petit, moyen, grand)	
Granularité métier	Distinction PM et PNM	
Limites	Obligatoire pour les établissements >300 salariés seulement, 81 % de répondants en 2020 parmi les ES pour qui le bilan est obligatoire, avec des taux de couverture variables selon les indicateurs	

● Le rapport social unique (RSU) et la base de données sociales (BDS)

THEME	Emploi : des personnes physiques au temps de travail	Flux, vacances et tension
Indicateurs	Effectifs physiques, ETP, caractéristiques des effectifs, positions statutaires ; nombre et la nature des arrêts de travail imputables au service ; organisation du travail ; quotités de temps de travail, notamment le temps non complet ou incomplet et le temps partiel ; heures supplémentaires rémunérées et complémentaires ; heures écartées au regard du temps annualisé et des systèmes de décompte ; droits à jours de congés ; comptes épargne-temps ; absences liées à des raisons de santé ainsi qu'à d'autres motifs	Postes proposés ; postes pourvus ; recrutement, notamment en ce qui concerne : le recrutement de fonctionnaires ; le recrutement pour pourvoir des emplois d'encadrement supérieur et dirigeant ; le recours à des contractuels ; apprentissage ; contrats aidés ; stagiaires ; mutations et mobilités ; mises à disposition
Production	DGOS	
Champ	Obligatoire pour le privé et depuis 01/01/22 pour les administrations de l'Etat et leurs établissements publics, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les établissements publics mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.	
Calendrier	Entre en vigueur en 2023	
Périodicité	Annuelle	
Délai	N + 12 mois (théoriquement)	
Granularité géo	Établissement	
Segmentation type d'établissement	Tous types	
Granularité métier	Métier (quelle nomenclature ?)	
Limites	Pas encore de recul sur cette nouvelle modalité déclarative mais il existe un risque fort que la consolidation intervienne trop tardivement fin N+1 voire en N+2 pour que le RSU	

	puisse être utilisé à des fins de pilotage, au-delà de sa finalité fixée par les textes d'alimentation du dialogue social Une grande complexité déclarative – en termes de nombre d'indicateurs et dans certains cas de difficulté à renseigner l'indicateur lui-même, avec un grand nombre d'entre eux qui ne sont pas automatisables à partir des logiciels de paye. Un risque d'absence de complétude et de fiabilité des données déclarées comme corollaire du point précédent, la multitude des indicateurs et leur caractère parfois complexe rendant difficile l'exercice de fiabilisation de l'ensemble des remontées par les établissements eux-mêmes et ensuite par les administrations
--	--

● La statistique annuelle des établissements (SAE)

THEME	Emploi : des personnes physiques au temps de travail
Indicateurs	Personnels médicaux : effectifs au 31/12 des salariés et des libéraux selon la spécialité exercée, par sexe et temps de travail ; ETP moyens annuels des salariés et des libéraux selon la spécialité exercée, le statut et le sexe ; ETP salariés moyens annuels rémunérés et effectifs des praticiens libéraux au 31/12 par discipline d'équipement ; effectifs au 31/12 des internes et FFI Sages femmes et personnels non médicaux : effectifs salariés au 31/12 par statut ; ETP salariés moyens annuels rémunérés par statut ; ETP salariés moyens annuels rémunérés par discipline d'équipement
Production	DREES, enquête auprès des établissements de santé
Champ	Ensemble des établissements de santé publics et privés
Historique	Depuis 2013 dans la version actuelle
Périodicité	Annuelle
Délai	N + 6 mois (base administrative) / N + 10 mois (base statistique)
Granularité géo	Établissement
Segmentation type d'établissement	Tous types d'établissement
Granularité métier	Tous métiers
Limites	Limites consubstantielles au périmètre et aux définitions des indicateurs retenues dans la SAE (par exemple, la SAE ne permet par construction pas de disposer d'éclairages sur

	les ETP rémunérés ou travaillés, puisque la SAE repose sur une vision englobant tous les personnels en activité, quel que soit l'existence d'un lien contractuel ou non avec l'établissement de santé) Variabilité en fonction des ARS de la profondeur des vérifications opérées sur la qualité de la donnée avant validation des déclarations des établissements
--	--

• Enquêtes de l'OPCO santé

THEME	Emploi : des personnes physiques au temps de travail	Flux, vacances et tensions
Indicateurs		Perspectives de recrutement, difficultés de recrutement, par métiers et par secteurs
Production	Observatoire de l'OPCO santé	
Champ	ES adhérents OPCO (secteur privé, ensemble des fédérations : FHP, CNETH, SYNERPA, UNICANCER, FEHAP). Échantillon construit selon la méthode des quotas	
Historique		
Périodicité	Enquêtes ponctuelles	
Délai	Enquête réalisée en mai et juin 2021, parution en janvier 2022	
Granularité géo	Non	
Segmentation type d'établissement	Oui sanitaire, médico-social et privé à but non lucratif/hospitalisation privée à but , commercial/thermalisme/santé au travail inter-entreprise	
Granularité métier	Infirmier/psychologue/aide-soignant/éducateur spécialisé/ouvrier/éducateur etc....	
Limites	Délai, manque de précision	

- Retraitement comptable (RTC)

THEME	Emploi : des personnes physiques au temps de travail	Flux, vacances et tensions
Indicateurs	Ventilation des coûts globaux (dont charges de personnel mais sans distinction de ces charges) des activités support comme de soins des établissements de santé, réalisée par section d'analyse selon une arborescence arrêtée par l'ATIH (et commune au RTC et à l'enquête nationale de coût)	
Production	Agence technique de l'information hospitalière	
Champ	Ensemble des établissements de santé	
Historique	Antérieur à la mise en place de la T2A, a été remodelé lors de la réforme de la tarification hospitalière à compter de 2004	
Périodicité	Annuelle	
Délai	Transmission aux ARS via une plateforme électronique dédiée à compter de juillet N+1	
Granularité géo	Oui	
Segmentation type d'établissement	Oui	
Granularité métier	Non	
Limites	Liées à la nature même de l'instrument, qui est un outil de comptabilité analytique avec une approche par la dépense et non liée aux effectifs, et ne distinguant pas les dépenses de personnel des autres charges, même si du fait de leur poids elles constituent une part majeure des évolutions annuelles constatées	

3 Etablissements et services médico-sociaux (ESMS)

- Le tableau de bord de la performance

THEME	Emploi : des personnes physiques au temps de travail	Flux, vacances et tensions
Indicateurs	ETP et effectifs réels au 31/12, répartition des effectifs par fonction, pyramide des âges du personnel, taux d'absentéisme par motif	Nombre de recrutements et de départs dans l'année, taux d'ETP vacants, taux de rotation des personnels sur effectifs réels, Taux de prestations externes sur les prestations directes
Production	Les organismes gestionnaires et les ESMS remplissent le TDB sur une plateforme gérée par l'ATIH (conception ANAP)	
Champ	ESMS	
Historique	Depuis 2009 pour les seules les structures financées ou co-financées par l'assurance maladie, généralisation à tous les ESMS en 2019	
Périodicité	Annuelle	
Délai	+ 1 an, + 2 ans	
Granularité géo		
Segmentation type d'établissement	Données individuelles et par groupes d'établissements (pour se comparer), l'accès aux données dépend de l'utilisateur	
Granularité métier	Fonction : direction, gestion, services généraux, restauration, paramédicaux, psychologues, ASH, médicaux, éducation nationale, autres	
Limites	Taux de complétude 80 % à 85 % selon l'ANAP, moins pour certaines variables, limité au médico-social, le niveau de rétroactivité ne permet pas d'avoir un pilotage fin (photo à +1 an ou 2 ans), est très utilisé par la CNSA mais peu utilisé par les ARS, résultats peu cohérents sur les sujets RH et ne permettant pas de disposer d'informations permettant d'organiser une réactivité en temps réel.	

- Les enquêtes quadriennales de la DREES auprès des établissements médico-sociaux

[323] Les enquêtes auprès des établissements médico-sociaux sont :

- L'enquête sur les établissements et services pour personnes handicapées et pour personnes âgées (EHPA) ; l'enquête auprès des établissements et services en faveur des enfants et adultes handicapés (ES handicap)
- L'enquête auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale (ES-DS)

Thème	Emploi : des personnes physiques au temps de travail	Flux et vacances
Indicateurs	ETP et effectifs par fonction, âge, type de contrat du personnel, répartition du personnel par corps/diplôme selon la fonction	Ancienneté, Emploi de personnel extérieur, difficultés de recrutement
Production	DREES	
Champ	EHPA : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées et USLD ; ES handicap : Etablissements et services pour enfants et adultes handicapés ; ES-DS : hébergement social, logement adapté et hébergement avec aide médicale	
Historique	Depuis 1985 pour EHPA ; depuis 1996, l'enquête jusque-là réalisée tous les deux ans devient quadriennale et son questionnaire évolue. Depuis 1982 pour l'enquête Établissements sociaux (ES) qui portait à la fois sur les établissements pour PH et pour personnes en difficultés sociales, réalisée tous les deux ans jusqu'en 1997. Puis, depuis 2001, les deux volets de l'enquête (ES « personnes handicapées » et ES « difficulté sociale ») sont séparés et chacun est enquêté tous les quatre ans. La dernière vague de l'enquête ES « difficulté sociale » sous cette forme a été réalisée en 2012. En 2016, la décision a été prise de la scinder en deux enquêtes distinctes, en dissociant : - les établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale qui regroupent l'hébergement de personnes ou familles en difficulté, de sans-domicile, de demandeurs d'asile, de réfugiés, etc., ainsi que certaines formes de logement accompagné ; - les établissements et services de la protection de l'enfance	
Périodicité	Quadriennale	
Délai	2 années après l'année de collecte	
Granularité géo		

Segmentation type d'établissement	Public/privé lucratif/privé non lucratif
Granularité métier	Fonction
Avantages et limites	Rythme quadriennal pour chaque sous-champ

- Documents budgétaires (EPRD/ERRD et budgets prévisionnels / CA)

Thème	Emploi : des personnes physiques au temps de travail	Flux et vacances
Indicateurs	Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (et son exécution) contient : - La répartition des effectifs (personnes physiques et ETP) par catégories et par emplois - La masse salariale brute et super-brute par catégories et par emplois	
Production	Collecte par la CNSA mais sans consolidation nationale à date	
Champ	Etablissements et services PA et PH	
Historique	Pas d'historicisation des données d'ImportCA et ImportERRD par la CNSA	
Périodicité	Annuelle	
Délai	Pas de publication à date. Mise à disposition des ARS et CD au S2 de l'année N+1	
Granularité géo	Oui	
Segmentation type d'établissement	Oui (numéro FINESS renseigné)	
Granularité métier	Emplois	

Avantages et limites	Rythme annuel Exploitation nationale et régionale très variable et pas systématique Redondance (mais va être supprimée par un pré-remplissage) avec certaines données RH du tableau de bord de la performance
----------------------	--

4 Protection de l'enfance

- Enquête de la DREES sur le personnel de l'action sociale et médico-sociale des départements

THEME	Emploi : personnes physiques, temps de travail, rémunération	Flux, vacances, absentéisme et tensions
Indicateurs	Nombre de personnels employés directement par les CD en activité au 31 décembre, au global et par catégorie (personnel socio-éducatif, médico-technique, médical, paramédical, psychologues, assistants familiaux) et profession	
Production	DREES	
Champ	Effectifs de l'action sociale et médico-sociale rémunérés par les départements (à l'exclusion des personnels des établissements d'accueil et d'hébergement, des services d'aide à domicile et des MDPH	
Historique	Depuis 2014	
Périodicité	Annuelle	
Délai	Date limite de retour au 30 avril N+1, mise à disposition des données en décembre N+1 en open data par la DREES	
Granularité géographique	Département	
Segmentation par type d'établissement	Sans objet	

Granularité par métier	Oui (conseillers socio-éducatifs, assistants socio-éducatifs, EJE, moniteurs éducateurs, infirmiers, AS, auxiliaires de puériculture, etc.)
Limites	Délais de mise en ligne parfois dépassés, dernières données disponibles à fin novembre : exercice 2022 Manque de fiabilité des remontées pour certains départements

- Enquête de la DREES auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE)

THEME	Emploi : personnes physiques, temps de travail, rémunération	Flux, vacances, absentéisme et tensions
Indicateurs	Nombre de personnels en ETP à fin décembre de l'année investiguée, dans le champ des ES-PE et au sein de chaque type de structures (MECS, LVA, pouponnières, etc.) ; répartition des ETP à fin décembre par fonction principale, par statut d'emploi et par type de contrat Diplôme, sexe, âge, ancienneté	
Production	DREES	
Champ	Ensemble des établissements et services	
Historique	Depuis 2008 (création en 2014)	
Périodicité	Quadriennale	
Délai	Enquête 2021 pas encore disponible	
Granularité géographique	Département (national en open data)	
Segmentation par type d'établissement	Segmentation par type d'établissement de protection de l'enfance (et décomposition des effectifs par statut d'emploi (pour chacune des fonctions publiques ou par convention collective)	
Granularité par métier	Oui, par grande catégories de fonctions (par exemple, éducation spécialisée) et par métier (par exemple EJE, AMP)	

Limites	Délais de livraison Manque de fiabilité évoqué par certains acteurs en CD ou en établissements
---------	---

5 Petite enfance

- Enquête pénurie de la CNAF

THEME	Emploi : personnes physiques, temps de travail, rémunération	Flux, vacances, absentéisme et tensions
Indicateurs		Postes vacants depuis 3 mois ou + et absences longues non-remplacées faute de candidat depuis 3 mois ou +
Production	CNAF	
Champ	Ensemble des établissements d'accueil du jeune enfant	
Historique	Aucun (création en 2022, reconduction fin 2024)	
Périodicité	Enquête ponctuelle	
Délai	Pas de délais prévisionnels, première réalisation de l'enquête menée en avril 2022 et présentation des résultats en septembre 2022	
Granularité géographique	Département	
Segmentation par type d'établissement	Distinction des micro-crèches ; distinction par statut (public, privé lucratif, privé non lucratif)	
Granularité par métier	Oui	
Limites	Enquête ponctuelle	

6 Nouvelle source pouvant à l'avenir fournir des informations

- Le cube Diamant sur les tensions sociales

THEME	Emploi : des personnes physiques au temps de travail	Flux, vacances et tensions
Indicateurs	Nombre de contrats, volume d'heures de travail rémunéré, heures supplémentaires, absentéisme, rémunérations	Flux d'entrée et de sortie
Production	DNUM	
Champ	Établissements sanitaires et médico-sociaux, centres de santé	
Calendrier	Automne 2023	
Périodicité	Mensuelle	
Délai	M + 2 à 3 mois	
Granularité géo	Établissement	
Segmentation type d'établissement	Par catégorie d'établissement	
Granularité métier	Métier (PCS, NEH, spécialités médicales)	
Limites	Aucune expertise à ce stade sur la qualité des indicateurs et leur interprétation	

ANNEXE 3 : Principaux ordres de grandeur dans les secteurs social, médico-social et sanitaire

L'enjeu même de la disponibilité de données RH se traduit dans la difficulté à dénombrer le nombre de professionnels pour certains des secteurs. Aussi, la mission a fait le choix de proposer différentes entrées pour décompter les professionnels, de telle sorte à être la plus exhaustive possible, tout en permettant au lecteur de disposer d'« ordres de grandeur ».

- **Données de cadrage dans le secteur médico-social**

- **Les professionnels du médico-social**

Dans les deux principales branches du secteur privé non lucratif du médico-social – en incluant les professionnels appartenant au secteur sanitaire au sein de la BASS (Fehap), **on décompte environ 700 000 ETP.**

Tableau 2 : Nombre d'ETP en 2022 et 2023 dans la BASS et la BAD

Nombre de salariés en équivalents temps plein en 2022 et 2023 :

Convention Collective	ETP 2022 données retraitées par la DGCS	ETP 2023 données retraitées par la DGCS	Pourcentage d'évolution
Branche de l'action sanitaire et sociale (y compris les sans convention collective) et UNISSS	532 000	547 000	2,8%
Branche de l'aide à domicile	154 000	156 000	1,3%

Source : Données issues du rapport annuel de la conférence sociale de 2024 – DGCS

La CNSA, dans son rapport de branche publié en 2025 sur les données de 2024¹⁰⁹, **fait également état de 700 000 ETP dans les établissements et services médico-sociaux.**

Ces chiffres sont à ajuster à la hausse lorsque sont intégrées l'ensemble des structures médico-sociales sans exception, voire l'ensemble des professionnels dédiés aux professions de l'autonomie : « on peut estimer entre 1,36 million (508 000 en établissement pour personnes âgées, 338 300 en établissement pour personnes en situation de handicap et 518 000 à domicile) et 1,71 million (en intégrant les services à la personne) à 1,83 million (en incluant les accompagnants des élèves en situation de handicap en milieu scolaire) le nombre de

¹⁰⁹ Rapport de branche de la CNSA, 2025 (données 2024) : [RapportdeBranche_2025_CNSA.pdf](#)

professionnels de l'autonomie au titre des métiers de l'accompagnement social et médico-social¹¹⁰.

○ **Les établissements médico-sociaux**

Selon la Haute autorité de santé, plus de **40 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)** accompagnent les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les enfants protégés et les personnes confrontées à des situations de grande précarité ou concernées par des addictions¹¹¹.

Parmi ces ESSMS on compte :

- **Dans le secteur de l'autonomie – personnes âgées : 10 600 structures médico-sociales d'hébergement pour personnes âgées** fin 2019¹¹² dont désormais **7 443 EPHAD** en 2023 en France¹¹³.

¹¹⁰ [Avis du Conseil scientifique relatif à la mise en œuvre de la COG pour 2024. Le renforcement de l'attractivité des métiers de l'accompagnement social et médico-social](#)

¹¹¹ HAS, Dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Bilan annuel 2023

¹¹² DREES, L'aide et l'action sociale en France « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées », édition 2022

¹¹³ CNSA, Les chiffres clés de 2024, Source : Finess, 31/12/2023

Tableau 3 : Nombre de structures, places, personnes accueillies et personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées au 31 décembre 2019

Catégorie d'établissement et statut juridique	2019							
	Établissements	Places installées	dont places en hébergement permanent	Personnes accueillies	dont personnes en hébergement permanent	Personnels	Effectifs (en ETP) ¹	Taux d'encadrement (en %)
Ehpad, dont :	7 480	610 480	588 320	594 700	569 200	448 600	391 600	64,2
privés à but lucratif	1 810	137 590	132 810	129 700	125 500	86 000	78 200	56,8
privés à but non lucratif	2 340	177 280	169 530	174 900	165 800	123 500	106 100	59,9
publics	3 330	295 610	285 980	290 100	277 900	239 100	207 300	70,1
USLD	590	31 130	30 930	29 800	29 500	37 500	29 000	93,3
EHPA non Ehpad, dont :	280	6 450	5 090	5 900	5 800	3 700	2 700	41,5
privés à but lucratif	40	960	750	800	800	400	300	34,3
privés à but non lucratif	150	3 740	2 930	3 700	3 500	2 000	1 600	42,9
publics	60	1 190	920	700	900	600	400	31,3
établissements expérimentaux pour personnes âgées	30	560	490	700	600	700	400	66,4
Ensemble des Ehpad, USLD et EHPA	8 350	648 060	624 340	630 400	604 500	489 800	423 300	65,3
Résidences autonomie, dont :	2 260	114 120	113 140	99 600	99 000	18 100	14 100	12,3
privées à but lucratif	90	4 250	4 100	3 800	3 700	600	500	11,8
privées à but non lucratif	660	31 850	31 500	27 600	27 400	5 200	3 700	11,7
publiques	1 510	78 020	77 540	68 200	67 900	12 300	9 900	12,6
Ensemble des établissements	10 610	762 180	737 480	730 000	703 500	507 900	437 400	57,4

Source : DREES, enquête EHPA 2019

- Dans le secteur du handicap : 12 430 ESMS accompagnant des personnes en situation de handicap au 31 décembre 2018¹¹⁴

¹¹⁴ DREES, L'aide et l'action sociale en France « Les établissements et services pour personnes handicapées », édition 2022

Tableau 4 : Nombre de structures, de places, de personnes accompagnées et de personnel, au 31 décembre 2018

	Situation au 31 décembre 2018				
	Nombre de structures	Nombre de places (capacité installée)	Nombre de personnes accompagnées	Personnels (en ETP)	Taux d'encadrement (ETP pour 100 places)
Ensemble des structures	12 430	510 620	478 960⁷	257 600	52,1
Ensemble des structures pour enfants	4 170	164 700	167 310⁷	94 020	57,1
Établissements pour enfants, dont :	2 370	108 900	110 860	78 080	71,7
IME	1 300	70 730	72 050	46 040	65,1
Itep	460	15 980	15 960	12 650	79,2
Établissements pour enfants polyhandicapés	200	5 680	5 930	6 440	113,4
IEM	140	7 180	7 080	6 390	89,1
Établissements pour jeunes déficients sensoriels ¹	120	6 740	6 790	5 000	74,2
Autres établissements ^{2,3}	150	2 600	3 050	1 560	60,1
Services pour enfants^{4,5}	1 800	55 790	57 850	15 940	28,6
Ensemble des structures pour adultes	8 250	345 880	311 650⁷	163 550	47,3
Établissements pour adultes, dont :	6 790	290 240	293 920	154 920	53,5
Esat	1 500	119 830	125 650	25 580	21,3
Centres de formation et d'orientation professionnelle	160	11 230	8 880	3 690	32,8
MAS	710	29 300	29 310	36 150	123,4
Foyers d'hébergement	1 290	38 400	36 150	17 950	46,7
Foyers occupationnels et foyers de vie	1 820	53 710	55 790	36 490	67,9
Foyers d'accueil polyvalent et EANM ³	100	3 650	3 530	1 650	45,1
FAM et EAM ³	1 010	29 640	29 340	31 950	107,8
Autres établissements ⁶	210	4 470	5 270	1 480	33,2
Services pour adultes	1 460	55 640	64 190	8 630	15,5
Lieux de vie et d'accueil (LVA)³	10	40	30	30	63,3

Source : DREES, enquête EH-Handicap 2018

○ Les dépenses de la branche autonomie

En 2023, les dépenses de la CNSA se sont élevées à 37,6 Md€. Le financement des établissements et services médicosociaux (ESMS) accompagnant les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap représente la principale dépense, à hauteur de 82% des dépenses de la branche pour 30,9 Md€¹¹⁵ - dont 70 à 85% de dépenses en masse salariale en fonction des secteurs.

● Données de cadrage dans le secteur sanitaire

○ Les professionnels non médicaux

La mission s'est principalement intéressée aux postes de personnel non médical dans son appréhension des données RH remontées, aussi les chiffres *infra* n'intègrent pas les professionnels médicaux.

¹¹⁵ Annexe au PLFSS 2025, Dépenses de la branche autonomie et effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie

Selon la Drees¹¹⁶, fin 2019, on dénombre 1,1 million de postes de personnel non médical salarié, soignant ou non, dans les établissements de santé¹¹⁷. Trois quarts de ce personnel se trouve dans les établissements publics, le quart restant se répartissant à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées.

Tableau 5 : Les postes de personnel médical des établissements de santé au 31 décembre 2019

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Postes de personnel non médical soignant	553 373	97 023	115 163	765 559
Personnel d'encadrement du personnel soignant	17 364	3 891	3 395	24 650
Infirmiers ¹ diplômés d'État	250 222	41 879	53 374	345 475
Aides-soignants	185 560	27 071	32 596	245 227
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	66 949	13 210	18 930	99 089
Rééducateurs	19 226	7 754	5 202	32 182
Psychologues	14 052	3 218	1 666	18 936
Poste de personnel non médical non soignant	261 477	46 523	36 232	344 232
Personnel administratif	101 914	23 709	21 776	147 399
Personnel éducatif et social	13 649	4 349	1 521	19 519
Personnel médico-technique	45 331	8 107	5 525	58 963
Personnel technique	100 583	10 358	7 410	118 351
Ensemble des postes	814 850	143 546	151 395	1 109 791

Source : DREES, SAE 2019

○ Les établissements de santé

Le secteur hospitalier français compte 2 989 établissements de santé au 31 décembre 2020¹¹⁸ dont :

- 1347 hôpitaux publics ;
- 972 cliniques privées ;
- 670 établissements privés à but non lucratif.

● Données de cadrage dans le secteur de la protection de l'enfance

63 000 ETP dans le secteur de la protection de l'enfance et environ 2000 établissements ¹¹⁹.

¹¹⁶ DREES, Les établissements de santé « Les postes de personnel non médical salarié », édition 2021

¹¹⁷ Dont le service de santé des armées.

¹¹⁸ Les établissements de santé, édition 2022

¹¹⁹ L'aide sociale à l'enfance, édition 2024, Tedjani Tarayoun, avec Élisabeth Abassi, Cheikh-Tidiane Diallo, Klara Vinceneux, Panorama de la DREES. Données 2021.

● Répartition des ESSMS par secteur¹²⁰

- EHPAD : Le secteur public représente près de la moitié des établissements (45%) avec une large majorité d'établissements relevant de la fonction publique hospitalière, 31% relèvent du secteur associatif et 24% du secteur commercial⁴.
- Dans les établissements et services pour personnes en situation de handicap, le secteur non lucratif est largement prépondérant (85% des professionnels du secteur). Le secteur public n'emploie que 14% des professionnels du secteur tandis que le secteur commercial est très marginal (moins de 1%).
- Dans le champ de l'Aide Sociale à l'Enfance, le secteur non lucratif est là encore largement prépondérant (70% des ESSMS et 73% des professionnels du secteur), le secteur public représente 16% des ESSMS (emploie 25% des professionnels travaillant dans des ESSMS ASE principalement au sein de la fonction publique hospitalière au sein d'établissements autonomes) et le secteur commercial est très marginal (4% des ESSMS ASE, moins de 2% des professionnels du secteur).

● Données de cadrage dans le secteur de la petite enfance

○ Les professionnels de la petite enfance

LES COMPOSANTES PROFESSIONNELLES DU SECTEUR DE L'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT : QUI SONT LES 600 000 PROS DE LA PETITE ENFANCE ?														
ACCUEIL INDIVIDUEL - ENTIEREMENT PRIVE Gardes d'enfants à domicile et Assistants maternels					ACCUEIL COLLECTIF Accompagnants éducatifs petite enfance, Auxiliaires de puériculture, Infirmiers Puériculteurs, Educateurs de jeunes enfants, Postes de direction									
					SECTEUR PUBLIC (employeur public)	SECTEUR PRIVE								
(emploi direct par un particulier employeur)	(structure prestataire - employeur entreprise)	(structure prestataire - employeur associatif)				MARCHAND (employeur entreprise)	NON-MARCHAND (employeur associatif)							
							(Particuliers employeurs et emploi à domicile)	(Entreprises de services à la personne)	(Aide, accompagnement, soins et services à domicile)	(Familles rurales)	(Mutualité)	(Fonction publique territoriale : titulaires)	(Fonction publique territoriale : contractuels)	(Entreprises de services à la personne)
(IDCC 3239)	(IDCC 3127)	(IDCC 2941)	(IDCC 1031)	(IDCC 2128)			(IDCC 3127)	(IDCC 1261)	(IDCC 2128)	(IDCC 1031)	(CCN51)	(CCN66)	(IDCC 2941)	(IDCC 1518)
400 000							120 000			40 000		40 000		

Source : DGCS et DSS

○ Les établissements d'accueil du jeune enfant

Selon les données de la CNAF : 13 000 établissements d'accueil du jeune enfant sont financés par la PSU et 6 000 établissements – dits micro-crèches – financés dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant (via le versement aux parents du complément de libre choix du mode de garde (CMG)).

¹²⁰ Rapport pris en application de l'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 sur les exclus du Ségur.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

1 Directions d'administration centrale

1.1 Délégation au numérique en santé

- David SAINATI, co-responsable de la délégation
- Odile JAMET, transformation numérique du secteur social et médico-social
- Jean-Baptiste MILONE, responsable du pôle référentiel et service socle de la DNS
- Benjamin LUCIANI, responsable du pôle transformation sectorielle
- Jean-Christophe CAUVIN, directeur de projets

1.2 Direction du budget

- Clotilde VITOU, adjointe au chef du bureau de la solidarité et de l'insertion
- Paul QUERNEZ, adjoint au chef du bureau des comptes sociaux
- Nadia MEZIANE, adjointe au chef du bureau de la politique salariale
- Elise DELAITRE, sous-directrice de la 6^e sous-direction
- Olivier DUFREIX, adjoint à la sous-directrice de la 6^e sous-direction
- Aurélie WEBER, cheffe du bureau des organismes et des opérateurs

1.3 Direction générale de l'offre de soins

- Clotilde DURAND, cheffe de service
- Marie-Odile THEVENON, cheffe du département données et études statistiques
- Elina RONDY, cheffe du bureau des personnels non médicaux des établissements de santé
- Mélanie MARQUER, adjointe au sous-directeur des ressources humaines du système de santé
- Céline FAYE, sous-directrice du financement et de la performance du système de santé
- Olivia BRANCO, adjointe au chef du bureau de la synthèse budgétaire et financière
- Pierre DANCOURT, chargé de mission au sein du bureau de la synthèse budgétaire et financière
- Camille COTIS, cheffe du bureau de l'efficacité des établissements de santé

1.4 Direction générale de la cohésion sociale

- Jean-Benoît DUJOL, directeur général
- Benjamin VOISIN, chef de service
- Jean-Robert JOURDAN, sous-directeur des professions sociales, de l'emploi et des territoires
- Michel ANRIJS, adjoint au sous-directeur des professions sociales, de l'emploi et des territoires
- Adrien LAGOUGE, responsable de la mission *data science*
- Emmanuelle COLLEU-PLATTEAU, cheffe du bureau de l'emploi et de la politique salariale
- Pauline DOMINGO, sous-directrice de l'enfance et de la famille
- Jean-François PIERRE, adjoint au chef du bureau des familles et de la parentalité
- Raphael CAPIAN, chef du bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence
- Julien CHAUVEL, chargé de mission auprès du sous-directeur des professions sociales, de l'emploi et des territoires
- Céline FOISELLE DORNBUSCH, adjointe à la cheffe du bureau de l'emploi et des politiques salariales
- Agnès AYME, adjointe à la cheffe du bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social
- Murielle DEMAGNY, cheffe du bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social
- Olivier BACHELLERY, sous-directeur des affaires financières et de la modernisation
- Fanny VERMOREL, cheffe du bureau budgets et performances
- Cécile VACELET, adjointe à la cheffe du bureau budgets et performances

1.5 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- Fabrice LENGART, directeur
- Benoît OURLIAC, sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
- Julie LABARTHE, sous-directrice de l'observation de la solidarité
- Layla RICROCH, cheffe du bureau handicap et dépendance
- Clotilde SARON, cheffe du bureau des collectivités locales
- Clara VINCENEUX, cheffe du pôle protection de l'enfance, bureau des collectivités locales
- Julien BLASCO, chef du pôle insertion, bureau des collectivités locales

- Benoit FOURNIER, *data project manager, data scientist*, bureau innovation et évaluation en santé
- Milena SUAREZ-CASTILLO, adjointe au chef du bureau innovation et évaluation en santé

1.6 Direction de la sécurité sociale

- Capucine GREGOIRE, adjointe à la sous-directrice du financement des soins
- Jean-Baptiste FROSSARD, chef de projet « service public de la petite enfance »
- Eliza BAZIN, adjointe au chef de projet « service public de la petite enfance »
- Hugues BELAUD, adjoint au chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux
- Melina RAMOS GORAND, cheffe du bureau des études et évaluations
- Cléo LHERMET, adjointe à la cheffe du bureau des études et évaluations

1.7 Direction de l'animation, de la recherche et des études statistiques

- Marc BERTRAND, chef du département emploi
- Pierre LEBLANC, sous-directeur de l'emploi et du marché du travail
- Jérôme LE, chef du département analyse des métiers et emploi des travailleurs handicapés

1.8 Direction générale du travail

- Léa LOUBIER, cheffe du bureau de la négociation de branche
- Laurence RICHARD, chargée d'études, bureau de la négociation de branche
- Pierre-Hugues RICO, adjoint à la cheffe du bureau de la négociation de branche
- Benjamin REDT, responsable de section, bureau de la négociation de branche

1.9 INSEE

- Pascal RIVIERE, chef du service de l'inspection générale

1.10 Observatoire national de la démographie des professionnels de santé

- Agnès BOCOgnANO, secrétaire générale

1.11 Contrôle général économique et financier

- François RAYMOND, contrôleur général économique et financier, responsable de la mission GRH et audit salarial du secteur public
- Yanne DEJEAN-HENRY, contrôleuse générale économique et financière

2 Opérateurs

2.1 Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

- Alain GUBIAN, directeur des statistiques, des études et de la prévision
- Anne-Laure ZENNOU, adjointe au directeur des statistiques, des études et de la prévision
- Damien LANDELLE, sous-directeur production, gestion des comptes et fiabilisation, direction de la relation cotisants, de la production et de la maîtrise des risques
- Evelyne FLEURET, adjointe du directeur de cabinet du directeur général

2.2 Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP)

- Mathieu GIRIER, directeur du pôle performance des ressources humaines
- Marie-Sophie FERREIRA, directrice de la stratégie

2.3 Agence technique de l'information hospitalière (ATIH)

- Véronique SAUVADET CHOUVY, responsable de la direction financement et analyse économique
- Yohann REN, statisticien
- Caroline REVELIN, directrice de COLIGE (collecte d'information de gestion)

2.4 Caisse nationale des allocations familiales

- Adeline OTON, contrôleuse de gestion, département gestion et financement de l'action sociale
- Vincent NICOLLE, directeur du département gestion et financement de l'action sociale
- Sandra BERNARD, directrice adjointe de la direction des statistiques, des études et de la recherche

2.5 Caisse nationale d'assurance maladie – direction des risques professionnels

- Franck DE RABAUDY, responsable du département de la tarification des risques professionnels

2.6 Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- Olivier PAUL, directeur du financement de l'offre
- Aurélien FORTIN, directeur adjoint en charge de la statistique et des données

2.7 GIP modernisation des déclarations sociales

- Elisabeth HUMBERT-BOTTIN, directrice
- Guillaume COSNEAU, responsable du service déploiement
- Fleur LE LOGEAIS, directrice accompagnement qualité
- Simon CRASE, chef de projet, projet data
- Arnaud VASSEROT, responsable du service projet *data*

3 Agences régionales de santé

3.1 Bourgogne-Franche-Comté

- Anne Marie GARCIA, responsable du département ressources et moyens
- Caroline GUILLIN, adjointe à la cheffe du département pilotage et régulation de l'offre médico-sociale
- Guillaume BONY, chargé de mission affaires médicales au sein du pôle ressources humaines en santé
- Florie RAFFE, adjointe du chef de département pilotage et régulation de l'offre sanitaire
- Anne-Laure MOSER MOULA, directrice offre de soins autonomie
- Agathe BURTER, adjointe pôle allocation de ressources médico-sociales

3.2 Centre-Val-de-Loire

- Clara DE BORT, directrice générale

3.3 Hauts de France

- Hugo GILARDI, directeur général
- Emmanuel SINNAEVE, sous-directeur performance, efficience, qualité de l'offre, direction de l'offre de soins
- François MONTAGNE, responsable de l'analyse financière
- Marion PETRUSSIAN, responsable du service gestion des ressources humaines hospitalières, direction de l'offre de soins
- Caroline FOVEAU DEFONTAINE, chargé de mission au sein du service GRH (partie sanitaire et médico-sociale)
- GEORGIOS GOUNARIS, responsable du service allocation de ressources et contractualisation.
- Charly CHEVALLEY, directeur de l'offre médico-sociale

3.4 Ile de France

- Charlotte GALLAND, directrice de cabinet
- Gwenaëlle LEBRETON, directrice adjointe du pôle ressources humaines en santé
- Laure WALLON, directrice pôle ressources humaines en santé
- Arnaud CORVAISIER, directeur de l'offre de soins
- Fabien PERUS, directeur du pôle efficience
- Solenne DE ZELICOURT, directrice adjointe de l'autonomie
- Virginie DUBOS, chargée d'études à la DA
- Ludivine BRUSSAT, chargée de mission Rh en santé MS
- Flore MOITSINGA, adjointe responsable département alloc ressources et investissement
- Sophie GUERIN, responsable département allocation de ressources et investissement

3.5 Nouvelle Aquitaine

- Benoit ELLEBOODE, directeur général

3.6 Occitanie

- David PONSOLLE, responsable unité financement performance et modernisation
- Michèle DOMERGUE, conseillère technique régionale, direction de l'offre de soins et de l'autonomie

- Valérie LAURENT, gestionnaire au service autorisation, référentiel FINESS

3.7 Auvergne-Rhône-Alpes

- Astrid LESBROS ALQUIER, directrice déléguée au pilotage de l'offre médico-sociale
- Julien DROC, référent médico-social DIAMANT
- Sophie LETURGEON, responsable du pôle performance, direction déléguée qualité et performance
- Christine MARTIN, référente régionale ressources humaines, direction de l'autonomie, en charge de l'attractivité des métiers
- Yann LEQUET, directeur délégué premier recours et professions de santé à la direction de l'offre de soins (formations, internats)
- Odile CATHERIN, direction déléguée finances performance des établissements de santé, responsable du pôle médical et paramédical, très orienté établissements de santé
- Claire BIMONT, responsable du pôle pilotage budgétaire et financier, direction déléguée finances, performance et établissements

3.8 Sud (Provence-Alpes-Côte-d'Azur)

3.8.1 Direction de l'offre de soins

- Jennifer HUGUENIN, adjointe au DOS
- Rémi BENIER-PISANI, chargé de mission Ségur DOS

3.8.2 Direction de l'offre médico-sociale

- Fabien MARCANGELI, chef du département personnes âgées
- Elodie AGOPIAN, cheffe du département personnes handicapées, personnes à difficulté spécifique
- Angélique CILIA LACORTE, cheffe du département allocation de ressources - performance
- David CATILLON, directeur par intérim DOMS

3.8.3 Direction des politiques régionales de santé

- Géraldine TONNAIRE, directrice des politiques régionales de santé
- Chrystelle GASTALDI, département des études (SNDS, PMSI, enquêtes nationales de la DREES)

- Ludovique LOQUET, département RH en santé

4 DREETS

4.1 Hauts-de-france

- Serge BOUFFANGE, directeur régional adjoint, responsable du pôle solidarités et insertion
- Laetitia DULION, responsable du service accès aux droits et insertion sociale
- Bénédicte GUIBARD, chargée de mission au sein du service accès aux droits et insertion sociale

5 Collectivités locales

5.1 Départements de France

- Marie COLLET, responsable appui et pilotage, direction générale adjointe solidarités, collectivité européenne d'Alsace, administrateur et trésorière de l'ANDASS
- Laurette LE DISCOT, conseillère enfance, ADF
- Jérôme BRIEND, conseiller réforme territoriale, fonction publique territoriale, juridique, ADF
- Eric BELLAMY, directeur délégué solidarité santé travail

5.2 Ville de Paris

- Valentin SAUMIER, adjoint à la sous-directrice chargée de la prévention et de la protection de l'enfance

5.3 Conseil départemental du Pas-de-Calais

- Céline PARDIEU, cheffe du bureau du financement des établissements
- Dominique POTIER, chef du service de la qualité et du financement

5.4 Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

- Eve ROBERT, directrice générale adjointe en charge des solidarités
- Marie BURST, adjointe à la cheffe du service de l'ASE
- Alice BEST, responsable du bureau des établissements, service de l'ASE

- Leonore CORTEZ, responsable de l'offre médico-sociale
- Louise VEYRON, cheffe de service adjointe de l'offre médico-sociale
- Deborah CHRISTEL-DELESSE, DRH (49 crèches départementales, spécificité partagée avec le Val-de-Marne)

6 Fédérations et branches professionnelles

6.1 Branche de l'aide à domicile

- Laurence JACQUEMONT, directrice adjointe ADMR
- Bernard HABERT, responsable juridique ADMR
- Cyrille TISSOT, juriste en droit social ADDOM
- Anne COUSIN, directrice relations sociale et RH réseau UNA, présidente USB
- Mérianne BOUSSEBSI, présidente de la FNAAFP-CSF

6.2 ELISFA

- Manuella PINTO, déléguée générale

6.3 FEHAP

- Arnaud JOAN-GRANGE, directeur de l'offre de soins
- Elodie HEMERY, directrice de l'offre médico-sociale

6.4 Fédération hospitalière de France

- Hélène GENDREAU, responsable adjointe du pôle ressources humaines hospitalières
- Rodolphe SOULIE, responsable du pôle ressources humaines hospitalières
- Marc BOURQUIN, conseiller stratégie

6.5 Fédération de l'hospitalisation privée

- Christine SCHIBLER, déléguée générale
- Fabienne SEGUENOT, directrice des relations sociales et des ressources humaines

6.6 Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (GEPSO)

- Julien BLOT, président GEPSO, directeur d'AUPERAS
- Jeanne CORNAILLE, déléguée générale
- Emilie HOSTIN, attachée d'administration hospitalière à AUPERAS

6.7 NEXEM

- Marie ABOUSSA, directrice du pôle offre sociale et médico-sociale
- Adrien CASSERON, adjoint de la directrice du pôle offre sociale et médico-sociale
- Stéphanie DUVERT, directrice du pôle affaires sociales

6.8 UIMM

- Stéphane RAPIN, directeur de la rémunération et des systèmes de classification
- Sophie BRIAUX, statisticienne, direction de la rémunération et des systèmes de classification

6.9 UNICANCER

- Sophie BEAUPERE, déléguée générale
- Nicole BOUWYN, directrice des ressources humaines groupe
- Quentin BOISSIER, directeur adjoint des ressources humaines groupe
- Jeanne BERTRAND, directrice de cabinet

7 Etablissements et services

7.1 Hauts-de-France

7.1.1 Centre hospitalier de Roubaix

- Maxime MORIN, directeur général
- Guillaume COUVREUR, directeur des ressources humaines
- Audrey TERROIR, Adjointe au DRH
- Séverine MASYN, responsable contrôle de gestion des données sociales

7.1.2 Les papillons blancs de Lille

- Guillaume SCHOTTE, directeur
- Arnaud BOUDOUL, DAF
- Laurence VICTOR, DRH

7.1.3 EHPAD Bondues

- Caroline RUGET, directrice
- Fatiha BELMONTE, coordinatrice des services
- Martin VANDAME, chargé de développement
- Vanessa BOURASSEAU, responsable RH

7.2 Ile de France

7.2.1 Assistance publique des hôpitaux de Paris

- Vanessa FAGE MOREEL, directrice des ressources humaines
- JACOBY KOALY Nadine
- SCHEIBERT Hadrien - Directeur département du budget, Defip
- MORISSET Pierre - Defip
- VIRON Frédéric – Defip

7.2.2 Groupe SOS

- Claire ZAIRE, directrice des ressources humaines du groupe.
- Delphine FERRARI, chargée de mission RH groupe
- Lucie PERRIER, cheffe de projet SIRH

7.3 Sud (Provence-Alpes-Côte-d'Azur)

7.3.1 Assistance publique des hôpitaux de Marseille

- Lucas DELATTRE, directeur des ressources humaines
- Nicolas GRIFFET, adjoint au directeur des ressources humaines, responsable du pilotage RH
- Mounia BOUBEKER, adjointe en charge du pilotage

- Francois CREMIEUX, directeur général
- Marie-Anne RUDER, directrice générale adjointe

7.3.2 Institut Paoli Calmettes

- Lisa MEILLEUR, directrice des ressources humaines adjointe, directrice des affaires médicales
- Caroline CHASSIN, directrice générale adjointe
- Aline FOUQUE, directrice du département du pilotage de l'activité et de la performance
- Elodie MANZANERA, directrice du département RH

7.3.3 JCM santé

- Jean-Christophe AMARANTINIS, directeur général
- Florence TARRADE, directrice d'EHPAD, Les jardins d'Enée
- Catherine DEWULF, directrice d'exploitation
- Géraldine BON-CABEL, directrice financière

7.3.4 EPASA

- Joelle RUBERA, directrice des deux établissements publics
- Caroline DUBOIS, directrice adjointe, directrice de site EFSA avec 40 places FAM et 75 places d'IME, SAVS et SAMSAH, sur la cérébro-lésion acquise, projet de relayage, direction fonctionnelle RH pour les deux établissements publics
- Isabelle AUDUO, directrice finances et patrimoine des deux établissements publics départementaux (avec une bascule vers les EPRD / ERRD)

7.4 Nouvelle Aquitaine

7.4.1 CHU de Poitiers

- Sophie GUERRAZ, directrice des ressources humaines
- Chantal DUBIN, direction des ressources humaines

8 Entreprises

8.1 Carrefour

- Quentin BARDET, directeur de la transformation RH, directeur de cabinet du DRH
- Teddy CACHAN, directeur de la rémunération et des avantages sociaux, Carrefour France

8.2 Clariane

- Nicolas MERIGOT, directeur général
- Hervé de TROGOFF, directeur des affaires publiques
- Camille BLANCHET, DRH France

8.3 Engie

- Nicolas ROLLAND, directeur de la direction *corporate*

8.4 Equans

- Olivier HEROUT, directeur des ressources humaines
- Damien DE LA MASSELIERE, directeur rémunérations et avantages sociaux du groupe
- Remi HUGUET, directeur adjoint des ressources humaines

8.5 La Poste

- Alain NICALEK, directeur des rémunérations
- Pierre PAPPALARDO, responsable du contrôle de gestion social

8.6 Ramsay santé

- Jamel OUANDA, directeur de la transformation (RH, SI, stratégie)
- Philippe TORCELLI, directeur des ressources humaines France

9 Editeurs de logiciels de paye

- Jérémy MINBEAUX, président, EIG

- Pierre AUBIN, directeur technique, EIG
- Frédéric ROUSSEL, responsable produits Arche MC2, aide à domicile
- Jean-François ROUSSEAU, responsable produits gamme SIRH, santé, médico-social, intérim, CEGI
- Stéphane DAUPHIN, responsable du service offre client, groupe CEGI
- Elodie REINALDI, *product marketing manager back office*, Berger Levrault

SIGLES UTILISÉS

ARS :	Agence régionale de santé
ATIH :	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
CA :	Compte administratif
CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
DARES :	Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DGCS :	Direction générale de la cohésion sociale
DINUM :	Direction interministérielle du numérique
DNS :	Délégation au numérique en santé
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DGOS :	Direction générale de l'offre de soins
DSS :	Direction de la sécurité sociale
EPRD :	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ERRD :	Etat réalisé des recettes et des dépenses
ESSMS :	Etablissement et services sociaux et médico-sociaux
RH :	Ressources humaines
RTC :	Retraitement comptable
SAE :	La statistique annuelle des établissements de santé
TDB :	Tableau de bord – entendu comme le tableau de bord de la performance (ANAP-ATIH)

LETTRE DE MISSION

La ministre

Paris, le 03 JUL 2024

Nos réf. : I-24-004694

Monsieur l'inspecteur général,

Les ressources humaines des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, incluant le champ de la petite enfance et de la protection de l'enfance, représentent un enjeu majeur pour la prise en charge des personnes accompagnées.

Ces secteurs sont financés très majoritairement sur fonds publics, par le biais de l'ONDAM sanitaire, médico-social, ou, notamment pour le champ social, par les budgets des conseils départementaux et de l'Etat.

La masse salariale représente ainsi une part déterminante de l'effort financier en matière de politiques sociales.

Elle est appelée à connaître des évolutions fortes à court et moyen terme :

- d'une part, les problématiques d'attractivité que connaît le secteur social au sens large peuvent conduire à des réajustements salariaux, comme l'ont montré le Ségur et ses suites, ou encore l'avenant 43 de la branche de l'aide à domicile. Les tensions sur le marché du travail pourraient par ailleurs s'accroître, du fait du faible dynamisme de la population active dans les années à venir, nécessitant une veille sur la question des salaires – et notamment sur les enjeux des bas salaires, proches du niveau du SMIC.
- d'autre part, des facteurs structurels comme le vieillissement de la population impliqueront une demande accrue de personnels formés, avec un impact sur la masse salariale. La démographie des professionnels du secteur pourrait quant à elle avoir un impact sur le glissement vieillesse technicité (GVT).

Ces problématiques impliquent un pilotage resserré de la masse salariale et de ses déterminants, ainsi qu'une capacité d'anticipation des pouvoirs publics, dans un contexte de marges de manœuvre contraintes en matière de finances publiques.

Or, comme l'ont montré les exercices de revalorisations précités, ce pilotage apparaît perfectible :

- les données (ETP, salaires, GVT) présentent des lacunes, notamment dans le secteur social et médico-social ;
- l'éclatement du secteur, marqué par la multiplicité des employeurs, des conventions collectives, des financeurs, n'en facilite pas la régulation ;
- les outils de régulation, notamment la procédure d'agrément prévue à l'article L.314-6 du code de l'action sociale et des familles, sont inégaux et présentent des limitations.

.../...

Monsieur Thomas AUDIGE
Chef de l'IGAS
Tour Olivier de Serres
78, rue Olivier de Serres
75015 PARIS

Tél : 01 40 56 30 00
127 rue de Grenelle - 75000 PARIS 07 SP

Je souhaite donc qu'une mission soit lancée afin, dans un premier temps, d'étayer ces constats en présentant un état des lieux des données statistiques et de gestion, ainsi que des outils de régulation de la masse salariale des secteurs sanitaire, social et médico-social. Elle examinera la manière dont est prise en compte la situation RH des secteurs considérés dans les modalités de financement et de tarification.

La mission formulera toute proposition utile pour améliorer la connaissance des déterminants RH des secteurs social, médico-social et sanitaire, notamment les ETP et la masse salariale, ainsi que les indicateurs de QVCT (turn over, vacances de poste, sinistralité...). Elle formulera un avis sur l'opportunité et les modalités de la création d'un observatoire sur tout ou partie des enjeux RH, transverses aux secteurs considérés.

Elle examinera les possibilités de renforcer les outils de prospective et de régulation, au regard des besoins anticipés. Ces propositions devront prendre en compte :

- les outils statistiques et les systèmes d'information à la disposition des régulateurs pour la gestion et le suivi de la masse salariale ;
- les instruments juridiques à la disposition des régulateurs, en portant une attention particulière à la procédure d'agrément précitée ;
- l'opportunité et la faisabilité d'inscrire les besoins RH anticipés dans une cadre pluriannuel.

Pour conduire ses travaux, la mission pourra s'appuyer sur les directions d'administration centrale concernées, notamment la DSS, la DGOS, la DGCS, la DREES et la DARES. Elle veillera à associer les ARS, les départements et les services déconcentrés de l'Etat, dans leur rôle d'autorité de tarification. Elle travaillera en lien étroit avec les acteurs du secteur (fédérations professionnelles, partenaires sociaux).

Ses conclusions sont attendues pour la fin de l'année 2024.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Chef de l'IGAS, l'expression de ma considération distinguée.



Catherine VAUTRIN