



EHESP

DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion : **2013-2015**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**Le dialogue social à l'hôpital :
du «dialogue de sourds»
à la co-construction gagnante**

Claude SOULAS

Remerciements

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à M. Bernard GARIN, directeur du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) et à toute l'équipe de direction pour la qualité de l'accueil qui m'a été réservé et la confiance qui m'a été accordée.

Je remercie tout particulièrement Mme Catherine LEMOINE, mon maître de stage, pour la qualité de son tutorat qui a contribué à ma pleine intégration dans l'établissement.

J'adresse mes sincères remerciements à Mme Nathalie ROBIN-SANCHEZ, Professeur en Management et Gestion des Ressources Humaines à l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP), pour son accompagnement et ses conseils méthodologiques avisés pour la réalisation de ce mémoire.

Que les personnes qui ont contribué à faire avancer ma réflexion et m'ont accordé de leur temps à travers un entretien soient elles aussi remerciées, ainsi que l'ensemble de mes interlocuteurs au CHGR avec qui j'ai eu plaisir à travailler et à échanger pendant mon stage.

Merci enfin à la personne qui m'a fait cadeau de ce proverbe africain, proverbe dont la philosophie apparaîtra en filigrane dans ce mémoire je l'espère :

« Tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie	3
1 Le dialogue social : une notion complexe couvrant un processus aux évolutions contrastées.....	5
1.1 Une notion aux contours un peu flous	5
1.1.1 Une expression couramment usitée dont les contours sont « clairs de loin mais loin d’être clairs »	5
1.1.2 Les mots clés du dialogue social	6
1.2 Un processus, fruit de l’histoire sociale, qui trouve sa traduction dans la vie hospitalière.....	9
1.2.1 La représentation des travailleurs en France	9
1.2.2 Histoire du droit syndical dans la fonction publique et de la négociation collective en France après-guerre.....	10
1.2.3 La notion de représentativité syndicale et son évolution	13
1.2.4 Le dialogue social dans les établissements de santé.....	15
1.2.5 Les acteurs du dialogue social dans les établissements de santé	22
1.3 Des évolutions économiques et juridiques qui ont redessiné les contours du dialogue social et ont conduit à des réformes sensibles à l’hôpital	23
1.3.1 La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » : un tournant en matière de relations sociales à l’hôpital	23
1.3.2 Une conjoncture économique défavorable.....	25
1.3.3 La volonté politique de redynamisation du dialogue social.....	26
2 Le contexte difficile à Guillaume Régnier et dans un certain nombre d’établissements de santé rend nécessaire sa rénovation.....	29
2.1 La remise en question de l’accord local relatif à la réduction du temps de travail au CHGR couplée à la révision du barème d’avancement d’échelon à la durée intermédiaire	29
2.1.1 Présentation de l’établissement et contexte de la négociation	29
2.1.2 La nécessaire révision de l’accord local relatif à la réduction du temps de travail	30
2.1.3 Un barème local d’avancement d’échelon favorable aux agents mais coûteux pour l’établissement.....	30
2.1.4 Le déroulement de la négociation.....	33

2.1.5	Le dialogue social à la lumière des réalisations du projet social.....	38
2.2	Le dialogue social : une affaire d'hommes et de femmes animés par des valeurs et des missions.....	44
2.2.1	La perception du dialogue social par ses acteurs hospitaliers.....	44
2.2.2	La qualité du dialogue social dégradée par la réduction des marges de négociation.....	48
2.3	Les pistes à explorer pour faire du dialogue social un atout de l'hôpital de demain.....	49
2.3.1	Utiliser le levier de la communication institutionnelle.....	49
2.3.2	Mobiliser le levier de la communauté managériale.....	50
2.3.3	S'inscrire dans le cercle vertueux de la concertation et du décloisonnement.....	51
2.3.4	Utiliser le dialogue social comme outil de management de la performance durable et globale.....	54
	Conclusion.....	59
	Bibliographie.....	61
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANI	Accord National Interprofessionnel
ANACT	Agence Nationale des Conditions de Travail
ARS	Agence Régionale de Santé
ARTT	Accord sur la Réduction du Temps de Travail
CAP	Commission Administrative Paritaire
CCFP	Conseil Commun de la Fonction Publique
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CFE - CGC	Confédération Française de l'Encadrement – Confédération Générale des Cadres
CFTC	Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
CGC	Confédération Générale des Cadres
CGT	Confédération Général du Travail
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CH	Centre Hospitalier
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHGR	Centre Hospitalier Guillaume Ragnier
CLACT	Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP	Code de la Santé Publique
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DAF	Dotation Annuelle de Financement
DRH	Direction des Ressources Humaines
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPRD	Etat Prévisionnel des Dépenses et des Recettes
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FO	Force Ouvrière
FSU	Fédération Syndicale Unitaire
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GVT	Glissement Vieillesse Technicité

HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
OIT	Organisation International du Travail
ONDAM	Objectif Nationale des Dépenses d'Assurance Maladie
RTT	Réduction du Temps de Travail
SUD	Solidaires Unitaires Démocratiques
UNSA	Union Nationale des Syndicats Autonomes

Introduction

Le dialogue social est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et a été une nouvelle fois mis à l'honneur à l'occasion de la troisième conférence sociale les 7 et 8 juillet 2014. Il a été présenté par Monsieur le Premier Ministre à l'occasion du discours de clôture de cette conférence comme un élément « pour faire avancer notre pays et le réformer ».

Mélange d'information, consultation, concertation et négociation, le dialogue social apparaît comme étant en crise, parfois en panne, tant au niveau national que dans les établissements de santé où il est décrit comme « l'exercice d'un art au quotidien » par différents acteurs. Les contours de ce dialogue social, à géométrie variable, ne permettent pas d'en donner une définition précise et arrêtée. On peut toutefois tenter de le décrire de manière imagée comme une mélodie tourmentée aux accents parfois disharmoniques.

Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé a missionné Monsieur Edouard Couty le 6 septembre 2012 en vue de lui adresser des propositions pour promouvoir le Pacte de Confiance pour l'hôpital. « Le sens profond du pacte de confiance pour l'hôpital public {est bien de} : reconnaître, rénover et réussir le dialogue social local pour mieux armer les établissements dans leurs mutations et améliorer les conditions de vie de leurs personnels »¹.

De la légalisation des syndicats en 1884 à nos jours, l'évolution des relations sociales au cours de l'histoire imprègne le dialogue social d'aujourd'hui. Fortement initié par l'Etat, et confié à ses acteurs, son périmètre a évolué et sa rénovation apparaît nécessaire.

Cette étude, réalisée à travers l'exemple d'un centre hospitalier et une démarche d'enquêtes partielles touchant différents acteurs du dialogue social, a pour objet de décoder les relations sociales à l'hôpital et leur évolution, à l'aune des enjeux d'un système de santé en plein changement de paradigme.

Garantir, entretenir et nourrir le dialogue social dans un contexte de raréfaction des moyens consacrés à la santé, induisant de fait une profonde mutation des structures, est un exercice bien difficile qui représente un enjeu majeur à court, moyen et long terme pour l'hôpital, ses usagers et ses professionnels.

¹ Introduction Pacte de Confiance – Rapport N°2 (p11) – Janvier 2013

Il s'agit de maîtriser les dépenses de santé afin de maintenir un niveau de prise en charge répondant aux besoins d'une population en garantissant la qualité et la sécurité des soins, la qualité de vie au travail des hospitaliers, l'efficacité économique et la performance sociale.

L'actualité du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) de Rennes, en pleine remise en question de son accord local relatif à la réduction du temps de travail et révision de ses modalités d'avancement d'échelon, appelle le choix de la thématique de ce mémoire et invitait à se pencher sur la délicate question du dialogue social et de ses subtilités. Le terrain d'observation que m'offrait l'établissement me permettait d'analyser l'ensemble des éléments du contexte dans lequel se déroule le jeu social des informations, consultations, concertations et démarches de négociations.

Tout comme le CHGR, un certain nombre d'établissements doivent faire face à des difficultés budgétaires exacerbées qui appellent réorganisations et remise en question d'acquis sociaux. Cette lourde tâche, dont la mise en œuvre entraîne des tensions dans les établissements, fait partie des actions éminemment délicates que doivent conduire les directions et intervient dans une période de sombre conjoncture économique qui ne facilite rien.

Il s'agit donc de tenter de réaliser un état des lieux de la réalité du dialogue social dans les établissements publics de santé à l'heure où les marges de négociations s'amenuisent, où certaines décisions s'imposent aux gestionnaires. Comment envisager les pistes de sa rénovation au regard des contraintes et des enjeux, pour que le dialogue social, dans toutes ses acceptions, ne reste pas qu'un vœu pieu et prenne tout son sens ?

Etudier ce thème ne pouvait se faire sans un regard sur sa genèse, sur la complexe histoire française des relations sociales et sa traduction dans le monde hospitalier (1), le regard éclairé d'interlocuteurs concernés par le sujet, professionnels du terrain et acteurs du dialogue social local, venant étayer les aspects pratiques et concrets de ce mémoire (2).

Méthodologie

L'objet de ce mémoire consiste à s'interroger sur la réalité de l'exercice du dialogue social dans les établissements de santé et d'examiner quelles pourraient être les pistes de sa rénovation au regard des contraintes et des enjeux. La réponse à cette problématique a nécessité une approche plurielle afin de saisir toutes les dimensions du sujet.

L'étude de cette question a débuté par une approche théorique s'appuyant sur des recherches bibliographiques et s'est poursuivi par l'examen de la pratique du dialogue social dans toutes ses acceptions. Une approche de la réalité locale a été nécessaire pour identifier les freins et les pistes d'amélioration.

Par conséquent, la méthodologie retenue a été celle de recherches bibliographiques en amont d'une démarche d'enquête qualitative.

Les recherches bibliographiques se sont traduites par la lecture de rapports et publications diverses et ont nécessité une synthèse réalisée sous forme de fiches de lecture utilisées au moment de la rédaction finale.

Ce travail de recherche a été complété par des observations parallèles menées sur le terrain de stage doublées d'une démarche de recueil de données qui a pris la forme de la réalisation et l'analyse d'une quinzaine d'interviews d'acteurs du dialogue social hospitalier (Annexe I) conduites à partir d'un questionnaire type.

L'objectif a été de recueillir, auprès d'un échantillon d'établissements publics de santé de taille variée, couvrant les différentes spécialités et répartis à travers l'hexagone, le témoignage d'acteurs du dialogue social. Ayant eu à cœur de toucher les différentes catégories d'acteurs, il convient de signaler que seule la parole des représentants des organisations syndicales de l'établissement d'observation a pu être recueillie, ceux des autres établissements n'ayant pas souhaité donner une suite favorable aux sollicitations.

Bien que le recours à l'entretien semi directif ait été privilégié, de nombreux entretiens se sont déroulés en mode libre, l'absence de technicité du sujet se prêtant largement à cela et l'objectif étant de favoriser la plus grande liberté d'expression possible. Dans cette même logique, le non recours à un système d'enregistrement pendant les entretiens a facilité les échanges en donnant (consciemment ou inconsciemment) une liberté d'expression accrue aux personnes interrogées et a le plus souvent été apprécié.

1 Le dialogue social : une notion complexe couvrant un processus aux évolutions contrastées

1.1 Une notion aux contours un peu flous

1.1.1 Une expression couramment usitée dont les contours sont « clairs de loin mais loin d'être clairs »

Si l'expression « dialogue social » est couramment employée, il apparaît cependant qu'elle n'ait pas de définition unique ou univoque et que ses variations polysémiques n'en facilitent pas l'appropriation.

P.Auréli et J.Gautier² indiquent que « la notion de 'dialogue social' est aujourd'hui couramment utilisée, mais elle est rarement définie avec précision, les différents acteurs pouvant dès lors lui donner des significations éminemment variables : dans la mesure où elle ne désigne, *a priori*, ni une forme identifiée ni un niveau précis (information, consultation, concertation, négociation), chacun peut y mettre le contenu qu'il souhaite, avec les questions de méthode et tous les risques de malentendus que cela induit quant au degré d'implication des interlocuteurs dans la décision. »

Selon l'Organisation Internationale du Travail (OIT), « [le dialogue social] comprend tous types de négociation, de consultation ou d'échanges d'informations entre les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs sur des questions présentant un intérêt commun relatives à la politique économique et sociale »³.

La Documentation française indique que l'expression « inclut les négociations ou les consultations entre acteurs sociaux (représentants des salariés, des employeurs, des pouvoirs publics) sur des questions économiques et sociales d'intérêt commun. [Le dialogue social] peut se mener au niveau local (entreprise, administration), au niveau d'une branche ou au niveau national, notamment dans le cadre de négociations tripartites gouvernement/patronat/syndicats. »⁴

Déclinées au niveau des établissements publics de santé, ces définitions nous amènent à entendre le dialogue social au sein des hôpitaux comme une relation bipartite entre agents et direction ou syndicats et direction.

² P.Auréli, J.Gautier, Conseil Economique et Social, « Consolider le dialogue social », 2006

³ Définition de l'OIT disponible sur le site internet de l'organisation (<http://www.ilo.org/public/french/dialogue> dernière consultation le 13 juillet 2014)

⁴ La documentation française, rubrique « dossiers », « la loi de janvier 2007 sur la modernisation du dialogue social », « Introduction »

Comme on peut déjà le percevoir, la confusion réside en premier lieu dans la polysémie d'une expression que les acteurs peuvent faire varier à leur gré. Dans la mesure où elle ne désigne pas une forme identifiée, ni un niveau précis de dialogue, chacun peut y mettre ce que bon lui semble avec tous les risques induits de malentendus.

Il ne semble donc pas inutile de donner une définition générale de chacun des degrés de son exercice à savoir ⁵:

- l'information qui est l'action d'informer quelqu'un, un groupe, de le tenir au courant des événements,
- la consultation qui est l'action de consulter quelqu'un, de lui demander son avis,
- la concertation qui est la pratique qui consiste à faire précéder une décision d'une consultation des parties concernées,
- la négociation qui est l'action de négocier, de discuter des affaires communes entre des parties en vue d'un accord (discussions, pourparlers entre des partenaires sociaux).

Toutes ces formes contribuent et participent du dialogue social et toutes sont utiles. Il convient donc de n'en négliger aucune.

1.1.2 Les mots clés du dialogue social⁶

Une problématique

A l'origine, le dialogue social part du constat, établi entre plusieurs acteurs, d'une problématique commune à partager et à solutionner. Une telle démarche peut donc se matérialiser à partir du moment où ont été identifiés des avis divergents ou non, et se construit sur la base d'une question dont l'examen doit être partagé. Le but de la démarche consiste donc à rapprocher les points de vue sur une problématique, en identifiant une voie acceptable par le plus grand nombre sur les mesures et décisions à prendre.

Des acteurs

Il semble important d'insister sur la nécessité fondatrice de réunir les acteurs du dialogue social. Une question se posera dès le début du processus sur leur légitimité, sur l'expertise dont ils disposent sur la question traitée.

⁵ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>

⁶ CESER de Bourgogne, Rapport du groupe de travail dialogue social territorial, septembre 2013

La légitimité des acteurs repose, pour partie bien sûr, sur le poids de la représentativité, mais pas seulement. Elle repose aussi sur leurs compétences et leur connaissance de la problématique abordée. Au final, cette légitimité se fonde sur celle que reconnaît chacun des acteurs aux autres acteurs participant à la démarche (principe de la reconnaissance mutuelle).

Un pré requis : le diagnostic partagé

La question de la méthodologie en matière de dialogue social est fondamentale car c'est elle qui permettra le dialogue : la méthode arrêtée pèsera sur la réussite ou l'échec de la démarche. En lien direct avec cette question de méthode, la réalisation préalable d'un diagnostic partagé par tous les acteurs est primordiale. L'expression «diagnostic partagé» doit être entendue comme une mise en débat de l'ensemble des informations et connaissances de tous les participants, permettant ainsi d'établir un état des lieux consensuel. Ainsi, des pistes seront dégagées et chaque acteur pourra mesurer le chemin à parcourir et définir ses propres limites dans le cadre de la négociation.

L'écoute des points de vue et le diagnostic partagé est une étape essentielle, un prérequis incontournable. Il doit permettre de «décrisper» les positions, permettre aux acteurs de rentrer plus sereinement dans un processus de négociation en limitant le risque de radicalisation.

Un dialogue

L'engagement du dialogue conduit à la question de son débouché. Ainsi, s'il s'agit d'une simple consultation, l'autorité garde une liberté totale par rapport aux propositions émises par les acteurs. Il devient alors difficile de produire un projet dont les finalités soient partagées et portées par tous quand certains acteurs ne perçoivent pas leur contribution ou se voient proposer des choses déjà « ficelées », dans le cadre d'une consultation qui n'a de consultation que la forme.

La conduite du dialogue pour la co-construction d'un projet nécessite l'engagement d'une concertation ou d'une négociation. La conclusion de cette phase de dialogue peut prendre la forme d'un accord signé par les parties (accord local sur la réduction du temps de travail par exemple) ou d'une intégration des conclusions dans une décision du détenteur de l'autorité (le directeur en l'espèce).

Dans les deux cas, la recherche du consensus, c'est-à-dire l'adhésion clairement exprimée ou tacite du plus grand nombre de partenaires apparaît comme le but ultime mais cette « évidence » se heurte à de nombreux éléments.

Un projet

La notion de co-construction d'un projet est fondamentale dans le dialogue social. Il s'agit de mettre en route des acteurs pour faire évoluer des situations qui apportent des réponses à une ou des problématiques. La projection dans l'avenir est un élément clé. Ces projets peuvent être extrêmement divers (aménagement du temps de travail, qualité de vie au travail, prévention des risques psychosociaux, ...). La notion de « co-construction » se heurte cependant parfois à une opposition marquée et revendicative qui peut conduire au rapport de force voire à l'impasse.

Son périmètre

Il porte sur des questions relatives au travail, à l'emploi, élargies à leurs sphères économiques, sociales et environnementales. Il est constitué de différentes formes d'échanges, de consultations, de négociations (forme la plus aboutie du dialogue social) à travers les instances consultatives mais également en dehors de celles-ci.

Comme nous l'avons déjà évoqué, le dialogue social constitue une démarche ni précisément définie au plan juridique, ni institutionnalisée. Il s'agit avant tout d'un processus.

Il se caractérise avant tout par la capacité de mobilisation de ses acteurs dans la construction de projets qui apportent des solutions aux problématiques posées sur la base d'un diagnostic pas toujours partagé. Il s'agit, pour autant, de faire avancer les choses en s'adaptant en permanence.

Le processus de dialogue social vise à permettre à ses acteurs de participer à la construction de l'intérêt partagé en confrontant, en intégrant et en dépassant les intérêts particuliers ou catégoriels.

« Le dialogue social est d'abord un état d'esprit avant de se traduire en méthodes et outils »⁷.

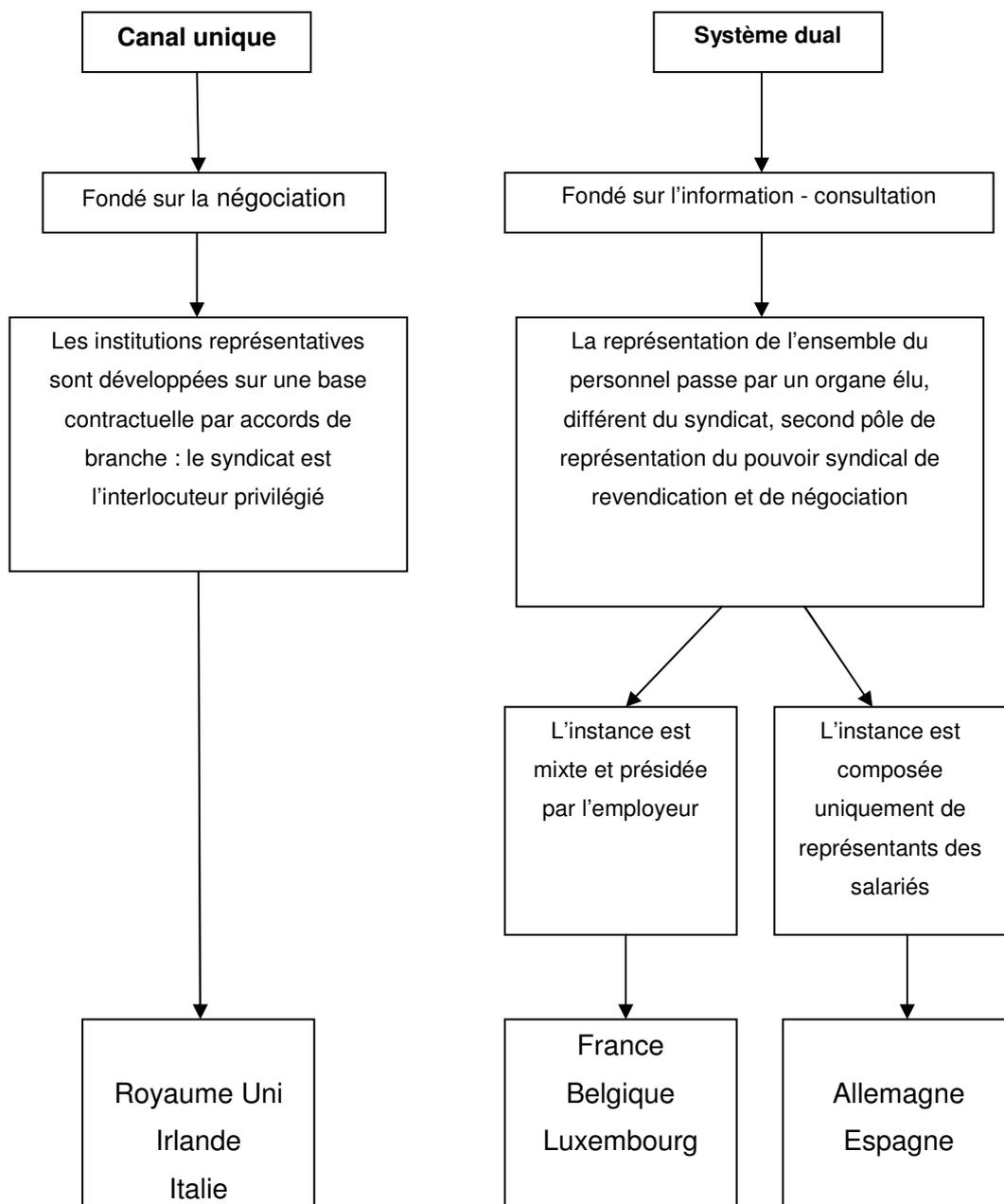
Le dialogue social n'est donc pas une fin en soi mais un outil disponible pour tenter, autant que faire se peut, de faire avancer positivement une situation localement problématique. Il devrait contribuer tant au progrès social qu'à l'amélioration de la qualité dans les établissements de santé (qualité de vie au travail, qualité de prise en charge des patients).

⁷ extrait du préambule de l'accord sur les principes et méthodes du dialogue social à La Poste – 2004)

1.2 Un processus, fruit de l'histoire sociale, qui trouve sa traduction dans la vie hospitalière

1.2.1 La représentation des travailleurs en France

Le dialogue social s'appuie sur le modèle de représentation des salariés duale que l'on distingue du modèle de représentation à canal unique. Ce modèle de représentation duale, qui est le plus répandu en Europe (Jacquier 1997), repose sur l'information-consultation alors que le système à canal unique repose sur la négociation.



1.2.2 Histoire du droit syndical dans la fonction publique et de la négociation collective en France après-guerre.

La liberté syndicale dans les trois fonctions publiques (Etat, territoriale et hospitalière) repose sur la convention européenne des Droits de l'homme (article 11) et sur l'article 8 de la loi N°83-63 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Pendant longtemps, le droit syndical n'a pas été reconnu aux fonctionnaires car il était considéré comme incompatible avec la conception hiérarchique et statutaire de la fonction publique. Par son inscription comme principe constitutionnel en 1946, ce droit devient enfin garanti aux agents et les premières instances paritaires consultatives sont mises en place.

La loi du 13 juillet 1971 reconnaît le droit à la négociation collective, des années après la convention N°98 de l'OIT de 1949, mais ne s'applique qu'au secteur privé.

Cette loi hiérarchise avec un principe de faveur au bénéfice du salarié les trois niveaux d'accords suivants :

- l'accord national interprofessionnel (ANI),
- les conventions collectives de branche,
- les conventions collectives d'entreprise (accords d'entreprise).

En 1971, le syndicat Force Ouvrière (FO); qui est à l'époque, avec la Confédération Générale des Cadres (CGC) et la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC), le pivot de la négociation avec le patronat, réaffirme son attachement à la négociation collective, au paritarisme de gestion et à la politique contractuelle qui « en facilitant la discussion permanente entre des hommes appelés à dialoguer, à négocier, à souvent s'affronter et en définitive à conclure, est un aspect de la démocratie »⁸.

Des changements profonds et structurants interviennent au plan des relations sociales entre 1974 et 1981, dans un contexte de ralentissement de la croissance, de montée du chômage et de prise de conscience collective des aspects structurels de la crise. Sur le plan social, le nombre d'adhérents baisse fortement dans tous les syndicats et les conflits sociaux diminuent considérablement. La négociation sociale s'oriente plus vers la recherche d'accords gagnant-gagnant qui reposent sur des concessions mutuelles. Le patronat, qui devient à son tour revendicatif, plaide la baisse des charges et appelle à plus de flexibilité du temps de travail et des contrats de travail. Du côté des syndicats salariés, priorité est donnée à l'emploi face à la crise, à la resyndicalisation et à la négociation collective comme leviers.

⁸ Congrès CGT-FO, 1971

La période 1986-2006 est marquée par une concurrence internationale qui s'exacerbe du fait de l'accélération de la croissante mondialisation et des nouvelles technologies. Le taux de chômage en France reste durablement élevé, atteignant un pic de 12 % entre 1994 et 1997. Celui-ci connaîtra cependant trois phases de recul : entre 1987 et 1991 du fait de la croissance, entre 1997 et 2001, du fait de la croissance et de la réduction du temps de travail, entre 2006 et 2008, du fait de l'accroissement des départs en retraite. Les comptes sociaux, affectés par la hausse tendancielle des dépenses de santé et celle du ratio entre retraités et actifs, voient de plus en plus leur déficit aggravé chaque fois que le chômage remonte.

La négociation collective, dans ce contexte, est de plus en plus difficile. Les marges de négociations deviennent de plus en plus limitées, la question de l'emploi étant une priorité.

Le législateur intervient dès 1992 afin d'impulser la réduction du temps de travail, perçu comme un moyen de réduire le chômage. La loi Aubry⁹, encadrant le processus de réduction du temps de travail et instituant la semaine de 35 heures, est promulguée en janvier 2000. Les modalités de sa mise en œuvre sont laissées à l'initiative des directions et des partenaires sociaux et prendront la forme d'accords locaux, dans le monde hospitalier notamment.

Les années 2000 marquent sans doute un tournant quant à la place accordée au dialogue social en France. Cette question suscite un intérêt encore plus vif de la part des pouvoirs publics, des organisations syndicales, des dirigeants politiques, au point de s'imposer comme un thème important dans le débat public. En témoigne notamment la publication des trois rapports commandés par les pouvoirs publics :

- les rapports Chertier¹⁰ et Hadas-Lebel¹¹,
- le livre blanc de Jacques Fournier (2002), sur le dialogue social dans la fonction publique, principalement d'Etat.

En 2002, Jacques Fournier, haut fonctionnaire, fait le constat dans son rapport que les instances de dialogue social mises en place au sein de la fonction publique après-guerre ont vieilli. Il souligne combien le dialogue social, assuré au sein des instances consultatives apparaît comme « trop formel » et comme n'abordant pas l'ensemble des questions intéressant la situation des agents de la fonction publique.

⁹ Loi 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail

¹⁰ Chertier Dominique-Jean « Pour une modernisation du dialogue social » - rapport au premier ministre – mars 2006

¹¹ Hadas-Lebel Raphaël – Conseiller d'Etat - « Pour un dialogue social efficace et légitime : représentativité et financement des organisations professionnelles et syndicales » rapport au premier ministre - mai 2006

Au plan national, la loi du 31 janvier 2007 institutionnalise une procédure de négociation tripartite gouvernements/syndicats/patronat pour les réformes portant sur les questions économiques et sociales de portée générale.

S'agissant plus spécifiquement des trois fonctions publiques, les travaux de réforme du dialogue social sont engagés à l'automne 2007 et aboutissent à la signature des « accords de Bercy sur la rénovation du dialogue social » le 2 juin 2008. L'inspiration est voisine de celle du secteur privé. Le contenu est de grande portée dans un secteur qui a des syndicats puissants mais, paradoxalement, une culture formaliste du paritarisme et beaucoup moins l'habitude de négocier des accords que les grandes entreprises du secteur privé.

Dans le prolongement des accords de Bercy, la loi 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique est promulguée. Les principales dispositions de cette loi, qui ouvre véritablement le champ de la négociation au secteur public, concernent :

- Le renforcement de la place de la négociation,
- La consécration de l'élection comme source de la représentativité et de la légitimité des organisations syndicales,
- La réforme des comités techniques,
- La création d'un conseil commun de la fonction publique,
- La création de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans la fonction publique d'Etat et la fonction publique territoriale,
- Le renforcement des garanties de carrière des agents investis de mandats syndicaux.

Partant du constat que la vitalité du dialogue social suppose des moyens syndicaux proportionnés aux enjeux, un « relevé de conclusions relatif à la modernisation des droits et moyens syndicaux » a été établi le 29 septembre 2011 par le ministère de la Fonction Publique afin d'apporter des garanties et plus de légitimité aux syndicats.

Fortement initié par l'Etat à travers la législation et confié à ses acteurs, le périmètre du dialogue social qui s'est formalisé au cours de l'histoire de la négociation collective, a donc évolué au regard de la conjoncture économique et des enjeux sociaux.

Le taux de syndicalisation en France¹²

On constate un faible taux de syndicalisation des fonctionnaires français comparé à d'autres pays de l'Union Européenne (15,2 % en moyenne contre 25% en moyenne). Ce faible taux de syndicalisation des fonctionnaires en comparaison de nos voisins

¹² www.travail-emploi.gouv.fr – données avril 2008

européens est cependant à relativiser au regard du taux moyen de syndicalisation en France qui est de 8,1% (tous secteurs confondus).

En France, le taux de syndicalisation dans les fonctions publiques (15,2%) est trois fois supérieur à celui des entreprises privées (5 %). Il est de 12 % pour la fonction publique hospitalière.

Les écarts entre entreprises publiques et entreprises privées doivent toutefois être relativisés : la plus forte syndicalisation du public s'expliquant en partie par la taille des établissements de ce secteur. En effet, dans le secteur public, la taille des grands établissements est plus élevée que dans le privé. Bien que l'implantation syndicale soit comparable entre le secteur public et les grands établissements du secteur privé, les syndicats sont en revanche plus rarement présents dans les petits établissements du secteur privé.

1.2.3 La notion de représentativité syndicale et son évolution

« La représentativité syndicale est la capacité, pour les organisations syndicales de salariés, de parler au nom de ces derniers. La reconnaissance de cette capacité permet en particulier aux organisations de négocier et de signer, avec l'employeur ou les représentants du patronat, des accords s'appliquant à l'ensemble des salariés d'une entreprise, d'une branche d'activité au niveau local ou national, ou encore à tous les salariés de l'ensemble des secteurs d'activité ».¹³

Quatre confédérations syndicales ont été reconnues représentatives le 8 avril 1948 (CGT, CGT-FO, CFTC et CFE-CGC). Une cinquième organisation syndicale (CFDT) a été ajoutée à cette liste en 1966. Ces organisations syndicales bénéficiaient d'une présomption irréfragable de représentativité supprimée par la loi du 20 août 2008 qui définit de nouveaux critères de représentativité.

A l'heure actuelle (septembre 2014) huit organisations syndicales de fonctionnaires existent en France:

- CGT, *Confédération générale du travail*
- CGT-FO, *Confédération générale du travail Force ouvrière*
- CFTC, *Confédération Française des Travailleurs Chrétiens*
- CFDT, *Confédération française démocratique du travail*
- CFE- CGC, *Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres*

¹³ « Représentativité syndicale en France », Wikipédia.org

- FSU, *Fédération syndicale unitaire*
- UNSA, *Union nationale des syndicats autonomes*
- Solidaires, *Union Syndicale Solidaires*

La participation aux élections professionnelles est devenue un baromètre de représentativité majeur qui permet aux syndicats de salariés de peser dans les négociations avec leurs employeurs, de signer des accords à tous les niveaux et de bénéficier des dispositions législatives relatives au droit syndical.

Depuis la loi du 5 juillet 2010, la représentativité des organisations syndicales s'appuie uniquement sur le vote de tous les agents (titulaires et contractuels) à l'occasion des élections au comité technique d'établissement (CTE) pour la fonction publique hospitalière et la date des élections professionnelles pour le renouvellement des instances représentatives du personnel est désormais commune aux trois fonctions publiques.

Cette loi a modifié le fonctionnement des organismes collectifs de représentation syndicale et a instauré le Conseil Commun de la Fonction Publique (CCFP) dans lequel la représentation des organisations de fonctionnaires est fonction du résultat des élections des représentants du personnel aux comités techniques - et non plus aux commissions administratives paritaires. Il en est de même au sein de chaque Conseil Supérieur de chaque versant de la fonction publique.

Les prochaines élections professionnelles se dérouleront le 4 décembre 2014. Pour la fonction publique hospitalière, le résultat de ces élections donnera lieu au renouvellement des commissions administratives paritaires (locales et départementales) et des comités techniques des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Les résultats des élections au CTE seront donc agrégés au niveau national comme lors des dernières élections au sein de chaque fonction publique. Dans la fonction publique hospitalière, les résultats des élections aux CTE seront additionnés au niveau national avec ceux des comités consultatifs nationaux (comités techniques créés au niveau national pour les corps des directeurs) afin notamment de répartir les sièges des représentants des organisations syndicales au niveau national. En outre, les résultats des élections aux comités techniques de chacune des trois fonctions publiques seront additionnés afin de déterminer la représentativité de chaque organisation syndicale au sein de l'ensemble de la fonction publique et de constituer le Conseil Commun de la Fonction Publique.

Concernant la fonction publique hospitalière, le décret du 17 février 2012¹⁴ redéfinit l'exercice du droit syndical et de la représentativité des organisations syndicales, notamment en fonction des résultats aux élections du CTE. En effet, un syndicat pour être représenté au sein d'un établissement doit avoir été candidat à cette élection et y avoir recueilli un minimum de 10 % des voix.

Avant le 1er janvier 2014, la validité d'un accord était reconnue dès lors que celui-ci avait été signé par une ou plusieurs organisations syndicales ayant recueilli au moins 20% des voix aux dernières élections professionnelles, sous réserve qu'il n'ait pas rencontré l'opposition d'une ou plusieurs organisations syndicales ayant recueilli la majorité des voix à ces mêmes élections.

Depuis le 1er janvier 2014, seuls les accords signés par une ou plusieurs organisations syndicales ayant recueilli au moins 50 % des voix lors des élections professionnelles organisées au niveau de l'établissement sont valides.

Une instruction publiée au Journal Officiel du 15 août 2014¹⁵ souligne « l'importance toute particulière que revêt le renouvellement des instances représentatives du personnel pour la vie professionnelle de l'agent public et la vitalité du dialogue social dans les établissements qui implique une forte mobilisation des différents acteurs à l'organisation de ce processus tant au niveau des établissements que des agences régionales de santé de manière à faciliter et encourager une forte participation à ces élections ».

1.2.4 Le dialogue social dans les établissements de santé

Le dialogue social prend essentiellement deux formes dans les établissements de santé :

- « le dialogue social institutionnel qui s'incarne dans les instances traditionnelles prévues par la réglementation »¹⁶,
- « le dialogue social qui naît de l'initiative des parties prenantes qui l'organisent elles-mêmes à partir d'une problématique locale »¹⁷. Ce dialogue social, dit « informel » est protéiforme et propre à chaque établissement et dépend fortement de sa culture.

¹⁴ Décret n° 2012-224 du 16 février 2012 modifiant le décret n° 82-447 du 28 mai 1982 relatif à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique

¹⁵ Instruction n°DGOS/RH3 2014-196 du 17 juin 2014 relative aux règles applicables aux élections aux commissions administratives paritaires locales et départementales et aux comités techniques des établissements publics de santé et aux établissements publics sociaux et médico-sociaux

¹⁶ CESER de Bourgogne, Rapport du groupe de travail dialogue social territorial, septembre 2013

¹⁷ CESER de Bourgogne, Rapport du groupe de travail dialogue social territorial, septembre 2013

Trois facettes du dialogue social peuvent ainsi être identifiées. La première est relative au dialogue social formel qui se déroule au sein des instances consultatives. Les deux autres traitent du dialogue social informel, c'est-à-dire du dialogue entre directions et syndicats en dehors des instances et du dialogue de proximité avec les agents hospitaliers dans les relations de travail au quotidien.

Tout ne se joue pas au niveau des obligations réglementaires et des instances représentatives du personnel, mais aussi dans la participation des salariés à la vie de l'établissement.

A- Les instances consultatives de représentation du personnel : espaces institutionnels et traditionnels de dialogue social

Le comité technique d'établissement (CTE)

Le CTE est l'instance de représentation des personnels non-médicaux de l'établissement compétente sur les questions collectives. Elle a pour objet d'associer les agents hospitaliers à la gestion des établissements. Le CTE est notamment appelé à donner un avis sur les orientations stratégiques de l'établissement délibérées par le conseil de surveillance. Cette instance est obligatoirement consultée et émet des avis sur toutes les décisions ayant une incidence sur le fonctionnement et l'organisation de l'établissement. Comme le stipule l'article L6144-40 du CSP (Code de la Santé Publique), le CTE est obligatoirement consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée.

Après avoir vu le champ de ses attributions réduit par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), le CTE a retrouvé avec le décret 2013-842 du 20 septembre 2013 un champ d'attribution et de consultation élargi, en réponse à de nombreuses revendications et aux observations de la mission Couty sur la mise œuvre du pacte de confiance.

Il est désormais obligatoirement consulté sur :

- Les projets de délibération soumis au Conseil de Surveillance (projet d'établissement, conventions diverses, compte financier et affectation des résultats, participation à une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) dès lors qu'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) est partie prenante, projet de fusion, rapport annuel d'activité...),
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel,
- Le plan de redressement présenté par le directeur à l'Agence Régionale de Santé,
- L'organisation interne de l'établissement et les contrats de pôle,

- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants,
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,
- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement,
- La politique générale de formation du personnel (plan de formation et plan de développement professionnel continu notamment),
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité,
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social,
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le CTE est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

En matière de projet social de l'établissement, l'article 6143-2-1 du CSP stipule qu'il « est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement. Le comité d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit un bilan à son terme ».

La composition et le fonctionnement du CTE sont régis par le Code de la Santé Publique. Outre le directeur, président, et le représentant de la commission médicale d'établissement ayant voix consultative, le CTE est composé de représentants du personnel dont le nombre est fonction de l'effectif des personnels non-médicaux de l'établissement (titulaires, stagiaires, contractuels), excepté les personnels de direction et les directeurs de soins. Ses représentants sont élus pour une durée de 4 ans, la loi du 12 mars 2012 a supprimé les élections par collège et cette disposition s'appliquera aux prochaines élections professionnelles.

Le CHSCT

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) est un lieu de dialogue social permettant d'agir collectivement pour la sécurité et d'améliorer les conditions de travail, dans tous les établissements de santé et médico-sociaux.

Présent dans les établissements de santé depuis 1960, celui-ci a vu s'élargir ses missions par le décret N°85- 946 du 16 août 1985, date à partir de laquelle cette instance n'a plus été paritaire (le déséquilibre étant censé renforcer le dialogue social).

Présidé par le directeur de l'établissement, le CHSCT est composé de membres délibérants qui sont exclusivement des représentants du personnel et des membres consultatifs dont la liste est fixée par le Code du Travail (médecin du travail, responsable des services économiques, ingénieur ou technicien chargé de l'entretien des installations, directeur des soins, professeur des universités chargé de l'hygiène le cas échéant).

Les membres composant la délégation du personnel non médical sont désignés par les organisations syndicales pour une durée de 4 ans. La répartition des sièges des représentants du personnel au CHSCT est faite en fonction de la représentativité des organisations syndicales appréciée localement à partir des résultats des élections des représentants du CTE. Les membres représentant le corps médical sont désignés par la commission médicale d'établissement en son sein.

Le CHSCT peut également faire appel à des membres occasionnels (consultants). Il peut recourir à toute personne de l'établissement lui paraissant qualifiée pour le sujet traité et peut également être aidé d'intervenants extérieurs et faire appel à un expert agréé. Les frais de l'expertise sont à la charge de l'employeur.

Les missions et attributions du CHSCT sont définies par le code du travail. Pour les établissements relevant de la fonction publique hospitalière, seules quelques dispositions diffèrent du régime commun. Cette instance a une compétence générale en matière de surveillance de l'hygiène et de la sécurité dans l'établissement. Le CHSCT donne des avis et doit être consulté sur tous les problèmes d'organisation et de conditions de travail et leurs incidences sur la santé, sur la mise en place de nouvelles technologies, sur la politique de protection contre certains risques ainsi que sur les travaux importants ayant des impacts sur les conditions d'exercice du travail. Le CHSCT s'organise et fixe lui-même les missions qu'il confie à ses membres. A ce titre, la personnalité juridique lui est reconnue avec les pouvoirs qu'elle confère (comme la possibilité d'ester en justice).

Le CHSCT doit veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en matière d'hygiène et de sécurité et notamment à la procédure d'alerte en cas de danger grave et imminent (art. L4613-4 du code du travail).

La consultation du CHSCT doit être réelle : elle implique une discussion avec réponse motivée du chef d'établissement aux observations du CHSCT. Elle doit se faire en temps opportun et non après un commencement de décision.

Sur le plan juridique, seul le CHSCT permet d'associer les médecins de façon formelle aux fonctionnaires hospitaliers dans une instance de dialogue social à l'hôpital. Cependant, « peu de praticiens hospitaliers s'impliquent dans les structures permettant un dialogue social par méconnaissance, mais également par désintérêt »¹⁸. Un président de Commission Médicale d'Établissement (CME), interrogé sur le sujet, a invoqué la faible proportion de représentation médicale prévue dans la composition réglementaire de cette instance (1 représentant jusqu'à 2 500 agents et 2 au-delà de ce seuil) qui ne donne pas réellement voie au chapitre.

Lieu privilégié d'échanges et de propositions, le CHSCT est l'instance qui permet d'évoquer les problématiques du travail. Il peut être l'instance du dialogue et de l'innovation, permettant aux représentants du personnel de veiller à l'application des règles et obligeant les directions à les respecter. Son fonctionnement pose toutefois question.

Selon différents directeurs interviewés, « Le pouvoir de recours à l'expertise est parfois utilisé comme une arme au même titre que la menace de poursuites pour délit d'entrave¹⁹ ou la procédure d'alerte en cas de danger grave et imminent ». Source de tensions entre les organisations syndicales et les directions des établissements, « le CHSCT peut devenir le lieu ultime de confrontation, transformant le dialogue des acteurs en guérilla procédurière ». Le volume des jurisprudences sur la question le prouve. En outre, le recours à l'expertise se soustrait totalement au code des marchés publics ce qui ne permet pas aux directions de « garder la main » sur ce type de dépenses dans un contexte de marges budgétaires resserrées voire inexistantes.

Les commissions administratives paritaires (CAP)

Il existe 9 commissions administratives paritaires distinctes pour représenter les personnels de la fonction publique hospitalière relevant des catégories A, B et C.

Ces instances paritaires consultatives sont constituées dans chaque établissement de santé dès que l'effectif des agents en relevant est au moins égal à 4 pendant 3 mois consécutifs. La situation d'un agent appartenant à un corps pour lequel une CAP n'a pu être constituée localement est examinée en CAP départementale.

Ces commissions ont pour mission d'examiner les situations individuelles de carrière et d'avancement des fonctionnaires hospitaliers et des stagiaires. Elles ne sont pas

¹⁸ Jean-Paul Guillot, Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi - n° 67 - Février 2014 – article : « dialogue social à l'hôpital : si les médecins y participaient ».

¹⁹ Même si l'article L4741-6 du code du Travail acte l'impossibilité de condamnation pénale d'un directeur d'établissement pour délit d'entrave au CHSCT dans la FPH.

compétentes en ce qui concerne les personnels contractuels. Elles ne sont pas non plus compétentes en ce qui concerne les personnels de direction et les directeurs de soins qui relèvent d'une commission paritaire nationale.

Les membres de ces instances sont consultés obligatoirement, préalablement à toute décision individuelle, pour des décisions concernant la titularisation, la notation, l'avancement de grade, la discipline (sauf pour les avertissements et les blâmes), le détachement, la disponibilité, les mutations, la démission, le licenciement pour insuffisance professionnelle, le refus d'autorisation de travailler à temps partiel, le refus de cumul d'activité.

Les règles de composition de ces commissions sont les suivantes : parité entre la représentation de l'administration et celle des personnels ; élection de membres titulaires et de membres suppléants ; représentation quantitative du personnel de la commission en fonction de l'effectif des agents relevant de la commission concernée, cette représentation du personnel ne pouvant être inférieure à 2 membres (1 titulaire et 1 suppléant).

S'agissant des représentants de l'administration, le président du conseil de surveillance est membre de droit et préside les commissions paritaires locales. Les autres membres titulaires et suppléants sont choisis pour moitié parmi les membres du conseil de surveillance à l'exception des représentants du personnel, pour moitié parmi les agents titulaires de catégorie A de l'établissement.

S'agissant des représentants du personnel, ils sont élus au scrutin de liste avec représentation proportionnelle à l'occasion des élections professionnelles.

La commission médicale d'établissement (CME)

La CME est l'instance de représentation des personnels médicaux de l'établissement. Composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, elle élit son président qui assurera également les fonctions de vice-président du Directoire.

Depuis 2013, CME et CTE sont consultés et informés sur de nombreux domaines communs mais n'ont pas pour autant les mêmes missions.

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers et propose à ce titre au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

L'article L.6144-6 du CSP permet la constitution à titre expérimental, pour une durée de 4 ans, d'un comité d'établissement se substituant au CTE et à la CME pour donner un certain nombre d'avis. Cette démarche relève de la compétence du directeur qui peut en

décider après avoir consulté le conseil de surveillance et recueilli les avis conformes des deux instances concernées. Cette disposition ne semble pas être utilisée.

Sur la question de cette modalité de « regroupement » des deux instances, un président de CME interrogé a souligné que « ces deux instances n'avaient pas tout à fait les mêmes responsabilités malgré les zones de recouvrement et qu'il semblait pertinent de laisser à chacune son pré-carré ». Estimant que « la fusion pourrait générer la confusion », il a pointé « le risque d'écart de positionnement entre une CME très centrée sur la prise en charge et la sécurité du patient et un CTE qui, sans oublier pour autant l'intérêt du patient, se préoccupe beaucoup de la défense des intérêts des agents ».

Reconnaissant que ces deux instances fonctionnent de manière trop parallèle, il a indiqué que l'établissement dans lequel il exerce a trouvé une solution de décroisement en s'assurant que les personnels non médicaux soient représentés dans les différentes sous-commissions de la CME, permettant une approche transversale et multifocale des problématiques.

La CSIRMT

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques a été instituée en 1991 et se compose de trois collèges constitués de représentants élus :

- le collège des cadres de santé,
- le collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- le collège des aides-soignants,

chaque collège représentant au moins 10% du nombre total des membres de l'instance.

Le nombre de sièges au sein de cette commission est déterminé par le règlement intérieur de chaque établissement (compétence du directeur après avis du Conseil de Surveillance) dans la limite de 30 membres élus pour les Centres Hospitaliers et de 40 pour les Centres Hospitaliers Universitaires.

Cette instance est présidée de droit par le coordonnateur général des soins.

Elle donne son avis en votant sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins,
- les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- la politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement,
- la mise en place de la procédure sur le contrat conclu entre les professionnels participant aux missions de l'établissement et l'établissement de santé,
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Ces deux dernières instances qui ne sont pas à proprement parler des instances de dialogue social interviennent cependant dans le débat social.

B- Le dialogue social organisé en dehors des instances

Le dialogue social ne se réduit pas à la relation bipartite direction/organisations syndicales mais peut être élargi à l'ensemble de l'encadrement et plus largement à l'ensemble des agents et aux interrelations entre l'ensemble des acteurs.

Cette forme de dialogue est à l'initiative des parties prenantes qui l'organisent elles-mêmes en dehors des rendez-vous institutionnels que sont les instances. Celui-ci peut être organisé à l'initiative de la direction ou prendre naissance des questionnements syndicaux. Il s'incarne à travers la « communication institutionnelle » mais également à travers l'association des acteurs au plus près de la définition, de la construction et de la mise en œuvre des projets.

Contrairement au dialogue social dit « formel » qui est régi par des textes et prend place au sein des instances, aucun texte ne régit le dialogue social dit « informel ». Plus difficile à mesurer, ce dernier peut être inexistant dès lors qu'il n'est pas opposable juridiquement.

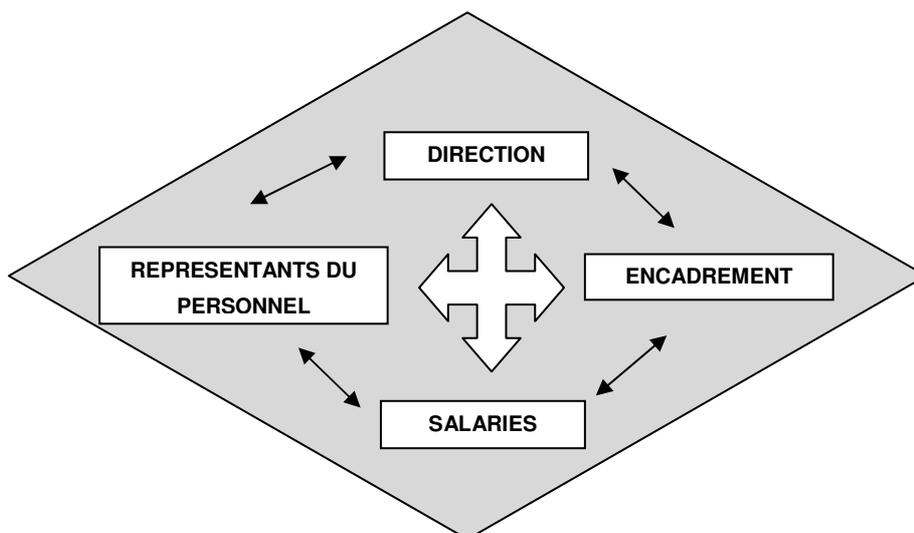
Il a été identifié, à l'occasion des entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire, comme une pierre importante de l'édifice du dialogue social local.

1.2.5 Les acteurs du dialogue social dans les établissements de santé

Si la direction et les représentants des organisations syndicales apparaissent comme les acteurs naturels du dialogue social à l'hôpital, ils n'en sont pas les seuls artisans.

La communauté médicale est également partie prenante (chefs de pôles en particulier) ainsi que les cadres hospitaliers et plus globalement l'ensemble des salariés de l'établissement.

Le dialogue social à l'hôpital est basé sur le système français des relations sociales en milieu professionnel que l'on peut schématiquement représenter de la manière suivante²⁰:



Des relations nécessaires entre ces 4 catégories d'acteurs

La qualité des relations sociales ne se limite pas à la qualité ou la quantité du dialogue social entre la direction et les représentants du personnel, c'est une condition nécessaire mais non suffisante. Il faut aussi que les autres éléments de la régulation sociale fonctionnent, autrement dit que des relations équilibrées existent entre les quatre catégories d'acteurs, comme indiqué sur le schéma qui précède.

Ce système n'est pas statique pour autant et la taille des canaux variera en fonction de la qualité du dialogue social. Les flux relationnels Direction/Salariés et Salariés/Représentants du personnel auront par exemple tendance à s'intensifier si le canal Salariés/Encadrement ne fonctionne pas de manière satisfaisante.

1.3 Des évolutions économiques et juridiques qui ont redessiné les contours du dialogue social et ont conduit à des réformes sensibles à l'hôpital

1.3.1 La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » : un tournant en matière de relations sociales à l'hôpital

La notion de dialogue social questionne aussi les conditions mêmes de l'exercice du pouvoir et de la Gouvernance à l'Hôpital. En effet, le dialogue social peut devenir un moyen d'éclairer les décisions en faisant évoluer le regard de ceux qui en ont la charge.

²⁰ Gérard Taponat – RH et Relations Sociales – Focus RH 2013

Un mode de gouvernance profondément modifié

L'ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé avait essentiellement pour objet de recentrer les missions du conseil d'administration sur la stratégie de l'établissement, sur sa politique d'évaluation et sur une fonction de contrôle de gestion. La loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009, a confirmé ce recentrage restreignant encore les attributions du Conseil de Surveillance, successeur du Conseil d'Administration.

La loi HPST en redéfinissant le mode de gouvernance des établissements de santé n'a pas été sans effet sur le dialogue social local.

Cette loi a supprimé le Conseil d'Administration, lui substituant un Conseil de Surveillance en transférant ses compétences au nouveau directoire présidé par le directeur, chef d'établissement. Les attributions du Conseil de Surveillance ont été réduites par rapport à celles de l'ancien Conseil d'Administration et sa composition marque la rupture de l'influence communale en ne confiant plus la présidence de droit au maire ou au président du conseil général de la commune d'implantation (présidence élective), même si dans les faits cette prérogative a largement été « maintenue ».

De taille plus réduite que son prédécesseur, le Conseil de Surveillance dispose de membres avec voix délibératives et de membres avec voix consultatives.

Les membres avec voix délibérative sont répartis en trois collèges de nombre identique.

Le premier collège est composé de représentants des collectivités territoriales (parmi lesquels le maire de la commune siège de l'établissement ou son représentant et le président du conseil général ou son représentant).

Le deuxième collège est composé de représentants du personnel médical et non-médical de l'établissement.

Le troisième collège est composé de personnalités qualifiées parmi lesquelles les représentants des usagers.

Cette instance, recentrée sur des fonctions de contrôle, se prononce toutefois sur la stratégie (projet d'établissement) et intervient dans la gestion financière du domaine de la direction (délibération sur le compte financier par exemple).

Il n'en reste pas moins que cette instance délibérative a été amputée de certains pouvoirs au profit d'un directeur aux pouvoirs élargis qui a autorité sur l'ensemble des professionnels, dispose du pouvoir de nomination, est ordonnateur des dépenses et des recettes et dispose d'une compétence générale. Le directeur ne répond pas directement de sa gestion devant le Conseil de Surveillance (il est « entendu » sur l'Etat Prévisionnel

des Recettes et des Dépenses) mais devant le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

La loi HPST a parallèlement institué une instance de « stratégie », le Directoire, qui doit être consulté par le directeur pour un certain nombre de décisions. Instance non paritaire (à majorité médicale), cette instance, présidée par le directeur et vice-présidée par le président de CME, est limitée à sept personnes dans les centres hospitaliers généraux et à neuf dans les centres hospitaliers universitaires où siègent trois vice-présidents (le président de la CME, le doyen de l'unité de formation et de recherche médicale, le responsable de la recherche). Il est utile de préciser que le Directoire ne vote pas et ne donne pas d'avis. Il a pour fonction de conseiller le directeur qui reste libre de sa décision.

Ce système de gouvernance, fondé sur un co-pilotage médico-administratif, a été institué par l'ordonnance du 2 mai 2005 et a été relayé au niveau des pôles d'activité dans le cadre de la contractualisation interne.

Il traduit la volonté des pouvoirs publics de voir les responsables administratifs et médicaux travailler ensemble dans un objectif de recherche d'une meilleure efficacité.

1.3.2 Une conjoncture économique défavorable

La soutenabilité du système de protection sociale en France tient pour partie à la maîtrise des dépenses de santé.

Au regard de la part de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) que représentent les dépenses hospitalières (44 %), la pression sur les établissements est forte et la question des moyens agite de plus en plus la communauté hospitalière.

Les comptes nationaux de la santé en 2013, publiés le 8 septembre dernier par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress), font apparaître un nombre croissant d'hôpitaux déficitaires. Cette situation touche désormais 46 % des hôpitaux publics. Si l'essentiel du déficit reste concentré sur un petit nombre d'établissement (une quarantaine), l'augmentation de la part d'établissements déficitaires concerne toutes les catégories d'hôpitaux mais s'avère tout de même plus forte en nombre pour les CHU-CHR (17 en 2013 contre 13 en 2012) et CH de grande taille.

Lorsque les mesures d'économies ou les progressions d'activité ne permettent plus d'atteindre l'équilibre budgétaire, que la diminution de la capacité d'autofinancement remet en question un programme d'investissements nécessaire au maintien de la qualité de l'outil de travail, que le recours à l'emprunt n'est pas soutenable à terme, que les normes en constante évolution entraînent des investissements coûteux mais

incontournables et que l'absence ou la pénurie de ressources médicales met en péril l'activité, les établissements se voient dans l'obligation de questionner leurs organisations.

Sont alors remis en question les éléments qui touchent de plein fouet les agents tels que l'organisation du travail et la réduction des effectifs, les accords locaux de réduction du temps de travail, les barèmes d'avancement d'échelons impactant directement l'avancement de carrière des agents.

Cumulées au gel du point d'indice depuis juillet 2010, ces mesures ne sont pas sans conséquences sur les rémunérations et le pouvoir d'achat des fonctionnaires hospitaliers et sont très mal vécues par des agents dont la charge de travail a parallèlement augmenté en raison de l'érosion des effectifs.

Les agents s'élèvent contre ces mesures « d'Hôstérité»²¹, que les directions doivent mettre en œuvre pour allier performance médico-économique, sécurité, qualité et accessibilité des soins tout en préservant un dialogue social de qualité.

1.3.3 La volonté politique de redynamisation du dialogue social

De la loi du 5 juillet 2010 au pacte de confiance

La loi 2010-751 du 5 juillet 2010, relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, transpose le contenu des accords de Bercy pour la fonction publique. Les principales dispositions consistent au renforcement de la place de la négociation en l'étendant aux domaines suivants : conditions et organisation du travail, télétravail, déroulement des carrières et formations professionnelles, formation professionnelle et continue, action et protection sociale complémentaire, hygiène, sécurité et santé au travail, insertion professionnelle des personnes handicapées, égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

Hormis les questions de rémunération et de pouvoir d'achat, négociées au seul niveau national, le statut général reconnaît la possibilité de négocier, sur ces différents sujets, à tous les niveaux pertinents de l'administration. Les négociations peuvent ainsi être menées au niveau national ou au niveau local.

Elles peuvent être engagées soit de façon autonome, à l'initiative de l'autorité administrative ou territoriale compétente, soit pour mettre en œuvre, à un niveau inférieur, un accord conclu à un niveau supérieur. Dans ce cas, l'accord local ne peut que préciser ou améliorer l'accord conclu à un niveau supérieur.

²¹ Slogan utilisé dans le cadre de manifestations nationales des personnels hospitaliers

Seules les organisations syndicales disposant d'au moins un siège dans l'instance de concertation correspondant à l'objet et au niveau de la négociation sont habilitées à négocier avec l'autorité compétente.

Cette loi consacre également l'élection comme source de la représentativité et de la légitimité des organisations syndicales et ouvre aux agents contractuels la qualité d'électeurs aux élections professionnelles. Elle harmonise la durée des mandats des instances et la date de renouvellement des instances de concertation (les élections professionnelles ont lieu tous les 4 ans, le même jour, pour l'ensemble des trois fonctions publiques). Elle élargit en outre l'accès aux élections puisque tout syndicat, constitué depuis au moins deux ans et ayant au moins deux adhérents, peut présenter des listes à ces élections.

De plus, avec la loi du 5 juillet 2010, les comités techniques (CTE pour les établissements de santé) ont des prérogatives élargies. Ils doivent, au-delà des problèmes d'organisation et de fonctionnement des services, impérativement être consultés sur les questions qui concernent les effectifs, les emplois et compétences des agents, les questions statutaires, les grandes orientations en matière de politique indemnitaire, la formation et le développement des compétences, l'insertion professionnelle, l'égalité professionnelle et la lutte contre toutes les discriminations. Ils doivent également être informés des principales décisions à caractère budgétaire, ayant des incidences sur la gestion des emplois et débattre du bilan social.

Cette loi crée également les CHSCT dans la fonction publique d'Etat et la fonction publique territoriale (instance consultative qui existe dans la fonction publique hospitalière depuis l'arrêté du 28 juin 1960) et crée le Conseil Commun de la Fonction Publique (CCFP) chargé d'examiner les projets de textes pour les trois fonctions publiques.

Elle renforce enfin les garanties de carrière des agents investis de mandats syndicaux.

La feuille de route issue de la première grande conférence sociale de Juillet 2012 affirme que le nouveau cadre créé par la loi de la loi du 5 juillet 2010, qui incite les établissements à négocier – à tous les niveaux pertinents – de tous les sujets qui concernent la vie des agents et des établissements « doit à la fois être pleinement appliqué, mais aussi être complété pour donner aux différents acteurs les moyens de jouer pleinement leur rôle. Il s'agit désormais d'ancrer dans le fonctionnement de l'ensemble des administrations les nouveaux outils et les nouvelles méthodes du dialogue social et de donner toute sa place à la négociation », forme la plus aboutie du dialogue social.

S'inscrivant dans la lignée de la précédente, la conférence sociale de Juin 2013 a permis de conforter la méthode suivie dans la conduite des réformes, méthode qui repose sur le dialogue social, la négociation et la concertation.

Le groupe 2 de la mission Couty dans son rapport met toutefois en exergue les limites de la loi du 5 juillet 2010.

Il souligne en effet que « les institutions ne vivent que par les femmes et les hommes qui les animent. L'incitation de la loi à négocier ne crée par l'aptitude des dirigeants et cadres à engager des négociations loyales, pas plus qu'elle ne suffit à inciter les responsables syndicaux à initier ou mener des négociations sur des sujets comme l'organisation ou les conditions de travail, la santé, la formation... ». En somme, le dialogue ne se décrète pas, il se construit.

Les membres de ce groupe ont insisté sur l'impérieuse nécessité de préparer les acteurs à la négociation.

Ce groupe a également évoqué « la pression financière générale qui amène les directions d'établissement à agir souvent dans l'urgence. Elles conduisent des démarches techniques sans toujours prendre en compte l'avis des agents concernés et de leurs représentants. Il s'ensuit un climat tendu et des résultats le plus souvent décevants ».

Dans ce groupe, un assez large consensus s'est fait pour reconnaître « qu'il serait efficient à tous égards de prendre le temps de la concertation, voire de la négociation lorsqu'elle est possible, pour identifier avec les personnels – praticiens hospitaliers et personnels non médicaux et leurs représentants – les contraintes, les marges de manœuvre, les pistes d'amélioration réalistes et leurs conditions de mise en œuvre pour atteindre le meilleur équilibre possible entre qualité des soins aux patients et prise en charge des personnes accueillies, qualité de vie au travail des professionnels, efficience économique et performance sociale ».

Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, forte de ce constat partagé par une grande partie de la communauté hospitalière s'est engagée vis-à-vis des professionnels hospitaliers, autour du pacte de confiance, pour une rénovation du dialogue social local.

2 Le contexte difficile à Guillaume Régnier et dans un certain nombre d'établissements de santé rend nécessaire sa rénovation

2.1 La remise en question de l'accord local relatif à la réduction du temps de travail au CHGR couplée à la révision du barème d'avancement d'échelon à la durée intermédiaire

2.1.1 Présentation de l'établissement et contexte de la négociation

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) assure la prise en charge de la santé mentale sur 9 secteurs de psychiatrie générale et 3 secteurs de psychiatrie infantile. Sa capacité en lits et places installés au 31/12/2013 est de 2 057, se répartissant pour l'ensemble des structures en 758 places d'hospitalisation complète et 1 299 places sanitaires et médico-sociales.

Cet établissement s'est doté d'un projet d'établissement 2012-2016 tout à la fois ambitieux pour la prise en charge des usagers et l'amélioration de leurs conditions d'accueil et d'hébergement et innovant par le développement des soins ambulatoires, adopté par le conseil de surveillance le 18 avril 2013.

Même si le programme d'investissement adossé à ce projet d'établissement sera financé pour partie par des cessions de terrains et par un appui de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne au titre du schéma régional d'investissement en santé, il n'en demeure pas moins que sa mise en œuvre nécessite une amélioration de la capacité d'autofinancement du centre hospitalier Guillaume Régnier et une maîtrise de ses différents postes de dépenses.

Au niveau national, les gels de crédits portant sur les activités de santé mentale ont été opérés en 2014 pour partie sur la base du ratio Dotation Annuelle Financement (DAF)/habitant. Compte tenu des fortes inégalités de financement de la psychiatrie, seules les régions ayant un écart à la DAF/habitant moyenne supérieur à 7,5% voient leurs crédits gelés. Parmi les huit régions concernées figure la région Bretagne car son ratio de nombre de lits pour 100.000 habitants de 20 ans ou plus est de 154, plus haute moyenne de la France métropolitaine.

Dans ce cadre, le centre hospitalier Guillaume Régnier (comme tous les établissements Bretons participant à la prise en charge de la santé mentale) n'a pas bénéficié d'une actualisation de sa base budgétaire pour l'année 2014.

Il s'ensuit donc un déficit structurel prévisionnel de près de 2M€ que seule la cession d'une parcelle de terrain (Bois Perrin) permettrait de neutraliser sur un plan comptable.

Les perspectives d'évolution de l'ONDAM pour les années futures se situant entre 1.5 et 2.1% (pour 2015), la Bretagne étant considérée comme sur dotée en DAF pour les activités de psychiatrie, les perspectives budgétaires et financières de l'établissement ont nécessité des mesures d'économie raisonnables et transversales.

En 2013, le centre hospitalier Guillaume Régnier a clôturé l'exercice budgétaire avec un déficit avoisinant les 800 000 €.

Les sombres perspectives financières projetées dans le cadre de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) 2014 (déficit prévisionnel de 2 M€) ont conduit le directeur de l'établissement à fixer, dans la cadre de la négociation, un objectif budgétaire résidant en une économie de 1.5 M€ en année pleine sur les dépenses de personnel, cette mesure s'inscrivant dans un plan d'économies global touchant d'autres postes de dépenses.

2.1.2 La nécessaire révision de l'accord local relatif à la réduction du temps de travail

Le régime de 20 jours de RTT (pour une durée de travail hebdomadaire de 38H20) applicable au CHGR depuis 2002 a été mis en place dans un contexte budgétaire qui en permettait l'application et le rendait soutenable à cette époque. Ce régime, lourd de conséquences pour l'établissement, génère des surcoûts en matière de charges de personnel (la journée plus longue avec moins de jours de présence exige plus de remplacements) et réduit de fait l'emploi permanent (les dépenses de remplacements viennent amputer la masse salariale au détriment de l'effectif permanent).

La direction du CHGR a souhaité revenir à une durée hebdomadaire de travail vers laquelle de nombreux hôpitaux reviennent peu à peu à savoir 37H30 générant l'acquisition d'un droit à 15 jours de RTT par an. L'économie théorique générée par l'application de cette mesure a été estimée à environ 45 équivalents temps plein (ETP) mais devrait se situer en réalité autour de 20 ETP.

2.1.3 Un barème local d'avancement d'échelon favorable aux agents mais coûteux pour l'établissement

L'avancement d'échelon a lieu de façon continue d'échelon à l'échelon immédiatement supérieur. Il se traduit par un gain indiciaire et, par voie de conséquence, par une augmentation de traitement.

A chaque grade ou emploi correspond une grille indiciaire fixée par les statuts particuliers. Elle établit le nombre d'échelons et la durée moyenne à accomplir dans chaque échelon. L'avancement d'échelon est fonction à la fois de l'ancienneté et de la valeur professionnelle définie par l'article 17 du titre I du statut de la fonction publique, loi 86-33 du 9 janvier 1986, article 67. Cet article précise que la valeur professionnelle s'exprime par les notes et appréciations générales.

A – Les modalités d'avancement d'échelon²²

L'avancement à la durée moyenne

La durée moyenne d'ancienneté pour passer d'un échelon à l'échelon supérieur est fixée réglementairement par grille indiciaire spécifique à un grade, ou propre à un groupe de rémunération (nouvel espace statutaire, échelles de rémunération).

L'avancement à la durée minimale

L'avancement d'échelon à la durée minimale peut être accordé aux fonctionnaires dont la valeur professionnelle le justifie sans que plus d'une promotion sur trois puisse être prononcée selon cette modalité (article L818, alinéa 2 de la partie législative ancienne du CSP). La règle générale est que la durée minimale est égale à la durée moyenne minorée du quart. Il existe une exception à cette règle : elle concerne les grades de la catégorie C, relevant des échelles 3 à 6, pour lesquels la durée minimale est égale à la durée moyenne minorée du tiers pour les échelons de 3 ans.

L'avancement à la durée maximale

L'avancement d'échelon à la durée maximale, qui consiste à une majoration de la durée moyenne égale au quart de cette durée, est accordé de plein droit quelle que soit la note. Cette possibilité d'avancement d'échelon est inscrite dans les statuts particuliers des personnels relevant des catégories A et B, les durées moyennes ne pouvant pas faire l'objet de majoration pour les personnels relevant de la catégorie C à l'exception des adjoints administratifs et des permanenciers auxiliaires de régulation médicale (décret 90-839 du 21 septembre 1990 modifié, article 38).

L'avancement à la durée intermédiaire

La durée intermédiaire est une durée comprise entre la durée moyenne et la durée minimale. Si elle trouve sa base légale dans l'article 67 de la loi du 9 janvier 1986, qui pose le principe de la possibilité de réduction de la durée des échelons, aucun texte de

²² Manuel de gestion des ressources humaines de la FPH – Editions EHESP – 9^{ème} édition – p 228 à 233

nature réglementaire n'en précise le contenu ni les modalités. On en trouve cependant trace dans une circulaire du 3 décembre 1959 relative au recrutement et à l'avancement du personnel administratif des établissements d'hospitalisation, de soins, ou de cure publics. Faute de cadre réglementaire, l'avancement à la durée intermédiaire s'appuie sur des barèmes propres à chaque établissement et sont parfois harmonisés au niveau départemental. Ils font, depuis plusieurs années, l'objet de débats et de remise en question au sein des établissements compte tenu de la part importante que représente l'avancement d'échelon à la durée intermédiaire dans l'évolution de la masse salariale.

B -Un dispositif avantageux pour les agents mais coûteux pour l'établissement

Le barème d'avancement d'échelon à la durée intermédiaire appliqué jusqu'ici au CHGR était particulièrement favorable aux agents mais augmentait mécaniquement et considérablement le GVT (Glissement Vieillesse Technicité) de l'établissement en accentuant la progression de la masse salariale. Il prévoyait un avancement d'échelons à la durée minimale majorée de 1 mois pour les agents dont la note est supérieure ou égale à la moyenne du grade et était de fait quasiment appliqué à l'ensemble des agents par la neutralisation de la note. En effet, la notation au CHGR débute à 19, progresse annuellement et de 1 point et est plafonnée à 21. De ce fait, un agent atteint la note maximale à la troisième année de notation.

Ce dispositif, particulièrement coûteux pour l'établissement, ne pouvait être maintenu au regard de la situation financière de l'établissement.

Le levier financier que représente la révision des modalités d'avancement est important et apparaît comme la condition sine qua non au maintien de la politique de remplacement de l'absentéisme et au maintien des effectifs existants, entre autres. C'est pourquoi la direction a souhaité engager une négociation avec les partenaires sociaux afin de prendre des mesures adaptées aux contraintes.

Consciente du contexte économique qui impacte fortement les agents et plus particulièrement les catégories C au regard des grilles indiciaires, la direction a souhaité opérer une gradation dans les mesures proposées.

Après avoir exposé plusieurs scénarii dans le cadre des négociations et confrontée à l'impossibilité de concertation, la direction a décidé de retenir le barème suivant, applicable au 8 juillet 2014 :

- ♦ Pour les catégories A et B : avancement à la durée moyenne,
- ♦ Pour les catégories C : avancement à la durée moyenne réduite du tiers de la bonification de l'avancement à la durée minimale.

Le directeur a précisé dans sa décision administrative en date du 8 juillet 2014 que ce dispositif serait complété de la révision du système de notation des agents en 2015.

L'application simulée de ce nouveau barème aux tableaux d'avancement présentés en CAP de Décembre 2013 fait ressortir une économie de 481 975 euros (charges sociales comprises) pour l'établissement. Il est important de souligner que cette mesure a des effets pluriannuels.

Tableau récapitulatif des bonifications accordées par le nouveau barème, exprimées en nombre de mois :

durée moyenne	bonification avancement minimum	bonification réduite au tiers
24 mois	-6	-2
30 mois	-7.5	-2.5
36 mois	-9	-3
42 mois	-10.5	-3.5
48 mois	-12	-4

2.1.4 Le déroulement de la négociation

Il convient de préciser en propos liminaire que cette négociation s'est déroulée dans un contexte pré-électoral (élections professionnelles du 4 décembre 2014) et que cet élément n'a certainement pas été sans effet quant au positionnement des partenaires sociaux qui ont choisi de faire bloc dans le cadre d'un regroupement intersyndical.

Trois syndicats sont représentés au CHGR : CFDT, CGT et SUD santé. Ces trois syndicats ont respectivement recueilli 31,34 %, 32,73 % et 35,94 % des suffrages exprimés au CTE lors des élections professionnelles de 2011.

La direction a adressé un courrier aux secrétaires des trois organisations syndicales de l'établissement le 7 janvier 2014, faisant part de sa volonté d'engager une négociation dans le cadre du dialogue social, sur les thèmes suivants :

- la révision de l'accord local de 2002 relatif à la réduction du temps de travail,
- la révision du système de notation et de déroulement de carrière,
- l'évolution des effectifs permanents et des moyens de remplacement,

l'objectif étant que les deux premières mesures génèrent des économies substantielles sur les dépenses de personnel (poste représentant 80 % des dépenses de l'établissement), contribuent à l'amélioration du résultat budgétaire global et permettent l'accélération des mises en stage des contractuels occupant des emplois permanents avec un plan de mise en stage de 210 agents contractuels sur 3 ans (en sus des flux naturels liés aux départs, mutations et décès).

La mise en œuvre d'un plan d'économies a été proposée par la direction dans un contexte de restrictions budgétaires, à l'aune d'un résultat déficitaire avoisinant 800 000 € pour l'année 2013 et d'un déficit structurel prévisionnel de 2 M€ évalué dans le cadre de l'EPRD 2014.

Dès le 14 janvier 2014, la direction a initié une procédure de négociation, avec les représentants des organisations syndicales de l'établissement, comme le prévoit la réglementation.

Le directeur a fait part de sa volonté d'engager cette négociation avec les partenaires sociaux sur une période de 6 mois et a proposé la constitution d'un groupe de travail composé de 3 représentants pour chaque organisation syndicale (désignés en leur sein), d'un comité composé du directeur et de 3 membres de l'équipe de direction (la directrice des ressources humaines, le directeur des plans et travaux et le directeur des soins).

Il semble utile de préciser que le directeur des soins du CHGR a pris ses fonctions en mars 2014 et qu'il a été représenté aux réunions de négociations de janvier et février par le cadre supérieur de santé ayant fait fonction de directeur des soins sur cette période.

Le plan de négociation proposé par la direction devait donner lieu à 9 séances de travail étalées sur la période janvier-juin 2014.

La première réunion de négociation a principalement été consacrée au diagnostic et à la définition du déroulement des négociations (objet, méthodologie, calendrier, modalités de convocation, composition du groupe).

En amont de chacune des séances de travail, la direction a envoyé aux représentants des organisations syndicales un document de travail portant sur les trois volets concernés par la négociation (emplois, carrières, RTT) faisant part de ses hypothèses de travail et proposant différents scénarii.

Les instances qui ont pu se tenir pendant la période de négociation ont été informées du déroulement de celle-ci et une lettre spéciale Ressources Humaines a été diffusée à l'ensemble des agents du CHGR fin mars 2014. Celle-ci était entièrement consacrée à la négociation en cours avec les Organisations Syndicales et présentait les hypothèses de travail proposées par la direction.

Le 13 mai 2014, le directeur a constaté l'absence des représentants des organisations syndicales à la table des négociations. Ces derniers sont arrivés avec une heure de retard accompagnés d'agents de l'établissement et ont signifié au directeur, après une heure de débat public, qu'ils ne participeraient plus aux réunions de négociation, réitérant leur opposition ferme à la mise en œuvre d'un quelconque plan d'économies, comme ils l'avaient fait à chacune des séances de travail.

Prenant acte de cette position et après avoir vainement tenté de renouer le dialogue avec les partenaires sociaux et reprendre le processus de négociations, le directeur a décidé, le 02 juin 2014, de dénoncer l'accord local sur l'aménagement du temps de travail conclu avec la CFDT le 08 février 2002 et a signifié à l'ensemble des agents du CHGR, par décision administrative datée du 08 juillet 2014, :

- la modification concernant l'aménagement du temps de travail (passage de 20 jours de RTT à 15 jours de RTT annuel, pour une durée hebdomadaire de travail de 37H30 au lieu de 38H20),
- la modification du barème d'avancement d'échelons à la durée intermédiaire.

Ces décisions ont été qualifiées « d'autoritaires » et de « passage en force » par les partenaires sociaux qui, en quittant la table des négociations le 13 mai 2014 et en ne siégeant plus aux instances, avaient pris le risque de laisser le champ libre à la direction.

A- Le déroulement des instances perturbé sur cette période

❖ CHSCT

La réunion du CHSCT du 10 avril 2014 a été boycottée par les représentants des personnels.

En marge de cette réunion, une action visant à empêcher l'encaissement des repas des usagers du self a été parallèlement initiée par les organisations syndicales sur cette journée.

Ce CHSCT a été reprogrammé au mardi 15 avril 2014 par la direction. Les représentants des personnels ont accepté de siéger sous réserve que soient retirés de l'ordre du jour les points suivants :

- point sur les négociations en cours sur l'ARTT,
- effectifs minimum en cas de grève.

Le directeur a accédé à cette demande et ce CHSCT a pu se dérouler.

La réunion du CHSCT du 20 juin 2014 a été envahie. Les représentants des organisations syndicales siégeant au CHSCT ont remis un courrier en main propre au président du

CHSCT dénonçant les conditions de tenue de cette instance. Ce courrier indiquait que la direction avait mis à l'ordre du jour de la réunion un point sur le passage à 15 RTT alors qu'aucun document ou étude d'impact concernant cette mesure n'avait été fourni. Ils ont signifié leur refus de siéger au motif que le CHSCT ne pouvait en conséquence donner un avis éclairé sur ce dossier.

La réunion du CHSCT a été reprogrammée au 24 juin 2014, de nouveau envahie elle n'a pu se tenir.

❖ **Comité Technique d'Etablissement**

Un CTE a été programmé le 18 avril 2014. Les représentants du personnel ont refusé d'entrer dans la salle et de siéger. Ce CTE a été reconvoqué le 23 avril 2014 pour absence de quorum.

Aucun représentant du personnel ne s'est présenté pour siéger au CTE du 23 avril 2014. Le directeur l'a fait constater sur le procès verbal. La réglementation prévoit dans cette situation que les avis sur les points présentés à l'ordre du jour sont réputés avoir été recueillis sans vote.

Le directeur a convoqué un nouveau CTE le 23 juin 2014.

Les représentants du personnel ont signifié par courrier, remis en main propre, leur volonté de ne pas siéger, s'appuyant sur le fait que le CHSCT n'avait pas été régulièrement consulté sur les questions mises à l'ordre du jour de cette séance et que le CTE ne pouvait, de ce fait, valablement se prononcer.

En l'absence de quorum, le directeur a reconvoqué un CTE le 1er juillet 2014. Celui-ci a été envahi et n'a pu se tenir.

❖ **Conseil de Surveillance**

La réunion du conseil de surveillance du 27 mai 2014 a été envahie et empêchée mais les élus (présidente du conseil de surveillance et représentante de la Ville de Rennes), ont fait part de leur intention de saisir Madame la Ministre de la Santé sur la situation du CHGR et ont demandé la suspension du plan d'économies en attendant la réponse du Ministère.

Le Conseil de Surveillance a été reconvoqué le 02 juin 2014 et s'est déroulé dans les murs de l'ARS. Les représentants du personnel (tant titulaires que suppléants) ne se sont pas présentés pour siéger à cette instance.

La réunion du conseil de surveillance du 16 septembre 2014 a été empêchée et a donné lieu à quelques débordements regrettables. Au terme d'un envahissement de plus d'une heure et demi durant laquelle les organisations syndicales, la direction, la délégation de l'ARS et les membres du Conseil de Surveillance se sont exprimés, la présidente du Conseil de Surveillance a fait part des éléments de réponse apportés par Madame la Ministre de la Santé à la sollicitation de l'été.

La présidente du conseil de surveillance exprimant sa lassitude face à l'impasse, a fait part de sa décision de « ne plus convoquer cette instance et ce jusqu'à ce qu'une issue négociée entre la direction et les partenaires sociaux fasse jour ».

❖ **Commission Médicale d'Etablissement**

La communauté médicale, à l'occasion du collège médical du 06 juin 2014, a déposé une motion interpellant les élus, tutelles et Ministère de la santé, par laquelle elle demande la prise en compte financière des spécificités du CHGR de Rennes tenant compte de sa sous-dotation au regard d'établissements de même importance en France, gérant une population globale de plus de 850 000 habitants.

B- Une tension palpable et croissante

Durant cette période, les relations entre la direction et les partenaires sociaux se sont dégradées et une certaine tension sociale est apparue dans l'établissement. Les tracts syndicaux critiquant les mesures proposées ont été largement diffusés. Ces tracts ont invité les agents à plusieurs mobilisations et à l'envahissement des instances afin, notamment, d'empêcher le déroulement de celles-ci et de faire ainsi obstacle au processus réglementaire de consultation. L'objectif était d'empêcher l'adoption et la mise en œuvre des mesures. Les mouvements ont donné jusqu'à 25 % de mobilisation.

La direction avait prévu de soumettre les modalités de mise en œuvre des mesures aux instances de l'automne en présentant notamment les nouveaux cycles de travail. Plusieurs CHSCT et CTE exceptionnels devaient y être consacrés. Elle a parallèlement proposé la mise en place du suivi des mesures prises associant représentants de la direction et des organisations syndicales.

Le CHSCT, invoquant le manque d'informations fournis à ses membres pour rendre un avis éclairé, a refusé de se prononcer sur les nouveaux cycles et a demandé, par délibération en date du 1^{er} octobre 2014, la réalisation d'une expertise à large spectre sur l'impact de la modification de l'aménagement du temps de travail.

Le directeur a décidé de ne pas contester cette expertise considérant qu'il s'agit d'une opportunité de marquer son attachement à retisser les fils du dialogue social. Il a toutefois pris les précautions d'en encadrer la réalisation (demande de réunion préparatoire à l'expertise pour coordination, pré-rapport avant restitution...) en indiquant à l'expert désigné qu'il attendait que cette expertise ait une réelle plus-value pour l'établissement et en lui rappelant quelques principes de base visant à garantir le bon déroulement de celle-ci, dans le respect des droits des patients et des organisations.

La qualité du dialogue social au CHGR ne se résume cependant pas à la situation crispée que connaît aujourd'hui l'établissement et à cette négociation qui n'a pas porté les fruits qu'on pouvait en attendre. Une autre lecture de la qualité du dialogue social peut en effet être apportée à travers les réalisations du projet social.

2.1.5 Le dialogue social à la lumière des réalisations du projet social

Pour élaborer son Projet social 2012-2016, le CHGR a fait le choix d'une méthodologie basée sur la concertation selon une démarche participative. Trois groupes de travail ont été constitués à partir de thèmes arrêtés en amont. Les groupes pluridisciplinaires étaient composés de personnels médicaux, soignants, administratifs et techniques. Le projet social a par ailleurs fait l'objet de négociations lors de rencontres spécifiques avec les trois organisations syndicales avant d'être présentés aux instances et adopté.

Ce projet social s'articule autour de 3 axes. Dans le cadre de ce mémoire, il nous a semblé plus pertinent de nous attarder sur le premier axe même si les deux autres sont en lien direct avec le sujet.

AXE N°1 : PROMOTION D'UN DIALOGUE SOCIAL DE QUALITE, DEPLOYE DU NIVEAU INSTITUTIONNEL AU NIVEAU DES POLES.

Axe 1.1 - Promouvoir des relations sociales de qualité

AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

Promouvoir et organiser un véritable dialogue social avec les partenaires sociaux

Dans le cadre de la promotion du dialogue social dans l'établissement, l'année 2013 a fait l'objet de 43 rencontres entre les organisations syndicales et la Direction des Ressources Humaines sur différentes thématiques (référentiel de gestion des ressources humaines, organisation de service, préparation des instances, rencontres sur des situations individuelles). 38 réunions de ce type ont eu lieu entre Janvier et Septembre 2014.

Les actions prévues au titre de cet axe et en cours de réalisation sont :

- L'écriture d'une charte d'accès à l'intranet pour les organisations syndicales,
- La finalisation de la rédaction d'une charte de fonctionnement avec les partenaires sociaux (précisant les informations et indicateurs de gestion fournis aux organisations syndicales et la périodicité).
- La rédaction des règles des droits et obligations de l'exercice du droit syndical au sein de l'établissement.

Définir et mettre en œuvre une politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants

Deux journées d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants sont organisées annuellement depuis 2013.

Le livret d'accueil du personnel a été actualisé.

L'action « écriture d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant prévoyant la visite des services logistiques » reste à réaliser à ce jour.

Permettre à chacun de connaître les règles de gestion du personnel

L'actualisation du référentiel de gestion des ressources humaines a donné lieu à plusieurs séances de travail entre la Direction des Ressources Humaines et les représentants des organisations syndicales et est en cours de finalisation. Ce référentiel sera partiellement soumis à l'avis des instances de l'automne 2014. Celui-ci sera mis en ligne sur intranet dès lors qu'il aura été intégralement validé.

Un nouveau logiciel de gestion du temps de travail a été déployé sur l'ensemble de l'établissement en janvier 2014. Les nouvelles règles relatives au temps de travail nécessiteront un reparamétrage de cette application.

Axe 1.2 Améliorer le fonctionnement des instances

Afin d'améliorer l'organisation des instances et pour une meilleure lisibilité, le règlement intérieur du CHSCT et du CTE ont été rédigés et adoptés en 2013.

La mise en place d'un tableau de suivi des questions des partenaires sociaux a été initiée mais son analyse est à parfaire. Reste également à mettre en place une commission de suivi des plannings.

Axe 1.3 Améliorer la communication avec les personnels et l'encadrement

Communication vers les personnels

Le site intranet a été largement développé et amélioré et permet l'accès à un nombre croissant d'informations.

Une lettre d'information trimestrielle spéciale RH a été instituée en 2014.

Les actions prévues au titre de cet axe et en cours de réalisation sont :

- une information annuelle à destination des personnels sur le bilan d'étape d'avancement du projet social,
- la révision du circuit de l'information,
- la réalisation d'enquêtes de satisfaction,
- la mise en place de rencontres avec les professionnels de terrain à périodicité définie,
- la recherche d'un point central d'information pour les notes de service, événements, prestations sociales...

Favoriser la contribution de l'encadrement à l'évolution de l'établissement

Depuis 2013, l'établissement s'est appliqué à favoriser la participation des cadres aux groupes de travail institutionnels et a inscrit la formation de l'encadrement à la conduite de projet au titre des axes de formation institutionnelle.

Les actions prévues au titre de cet axe et en cours de réalisation sont :

- la pérennisation des rencontres avec tout l'encadrement (deux fois par an),
- l'institutionnalisation des rencontres régulières entre les directions fonctionnelles et les pôles d'activité afin de pouvoir échanger sur les problématiques,
- la systématisation de la fourniture de tableaux de bord aux cadres de pôles.

AU NIVEAU DES PÔLES

Axe 1.4 Instaurer un dialogue de qualité au niveau des pôles

Assurer une communication autour des règles de délégation de gestion

Les contrats de pôle dit de deuxième génération sont en cours de réalisation et de diffusion au CHGR. Ces contrats ont pour objectif d'étendre progressivement le champ de la délégation en garantissant le respect des droits des professionnels et l'égalité de traitement quel que soit le lieu d'exercice.

Il restera à former les professionnels aux outils qui seront mis à leur disposition dans le cadre de la délégation de gestion.

Garantir la consultation des personnels concernant la gestion des pôles

Cet axe nécessite de :

- s'assurer de la mise en place des conseils de pôle représentatifs de l'ensemble des personnels afin de recueillir l'avis des professionnels sur les projets du pôle auquel ils appartiennent,
- s'assurer de la mise en place de commissions de formations internes aux pôles au regard de la délégation dont ils bénéficient en la matière.

AXE N°2 : GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES

Le Projet de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences est un projet mutualisé Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Charcot - EPSM Morbihan et Centre Hospitalier Guillaume Rénier financé par l'ARS BRETAGNE à hauteur de 65 000 euros sur 3 ans.

Ces trois établissements bretons ont choisi de travailler ensemble en prenant en compte la similarité des activités. De plus, un travail commun de réflexion sur les fiches de postes des différents métiers considérés a été mis en œuvre.

Pour le CHGR, le lancement du Projet de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences s'est fait en septembre 2013 par la constitution d'un comité de pilotage et par une présentation à l'ensemble des directions de l'établissement.

Au regard des organisations internes, il a été fait le choix de travailler, dans un premier temps, sur les métiers logistiques, techniques et systèmes d'informations par l'élaboration de la cartographie et la rédaction de quelques fiches métiers.

Concernant le plan de formation, celui-ci a été élaboré en prenant en compte les priorités institutionnelles en lien avec le projet d'établissement et le projet médical dans le cadre de la délégation de gestion. Un quart du budget de formation a été délégué aux pôles.

Le déploiement d'un outil informatique de gestion des compétences (GESFORM) reste à réaliser et les outils de détermination des besoins prévisibles en compétences sur les 5 années à venir sont à élaborer.

AXE N°3 : AMELIORER LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Axe 3.1 Agir sur l'emploi

En 2011, la durée moyenne avant mise en stage dans l'établissement a été de 40 mois. L'objectif fixé au projet social 2012-2016 est de ramener le délai moyen de mise en stage entre 12 et 18 mois, sans excéder 24 mois. Les modalités et le calendrier de titularisation tiennent compte de la capacité de l'établissement à financer des postes de titulaires et stagiaires et intègrent la nécessaire maîtrise du titre 1 dans un contexte budgétaire contraint. La direction de l'établissement a mis en avant, au stade de l'élaboration du projet social, les leviers que représentaient la révision du barème d'avancement d'échelons à durée intermédiaire et la révision de l'accord RTT pour poursuivre cette politique.

La structuration de la politique volontariste de résorption de l'emploi précaire s'est traduite, sur l'année 2013, par un effort marqué de mise en stage de 92 agents au-delà des remplacements de départs « naturels » (mutation, retraite, décès). Engagée depuis 2012, cette politique a déjà permis de réduire significativement la durée moyenne des services de contractuel avant mise en stage (33 mois à septembre 2014).

En matière de mesures à destination des personnes en situation de handicap, la dynamique instaurée dans la cadre de la politique de maintien dans l'emploi se traduit par un taux d'emploi notifié dans la déclaration au Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) passant de 3,70% à 5,22% entre 2012 et 2013.

La démarche de renouvellement de la convention avec le FIPHFP a été lancée à partir d'avril 2013 et a abouti à la signature d'une nouvelle convention en date du 17 octobre 2013 pour un montant de 756 000 €.

La cellule d'aptitude médico-psychologique s'est réunie 10 fois au cours de l'année 2013. Un accompagnement personnalisé des personnes en situation de handicap ou de reclassement professionnel est réalisé.

Des séances d'informations à l'attention des personnels concernés ont été mises en œuvre.

Axe 3.2 Améliorer les conditions de travail et de la Qualité de Vie au travail

Prévention des risques professionnels et des risques psychosociaux

En matière de prévention des risques professionnels, une démarche entamée en 2012 a permis la mise à jour du document unique en 2013.

Concernant les risques psychosociaux, une formation action est actuellement en cours et a été co-construite avec le CHU de Rennes et le Centre Régional de Lutte Contre le Cancer. Elle vise à définir ce qui relève des risques psychosociaux et à disposer d'outils méthodologiques de construction d'indicateurs existants par un accompagnement spécifique dans la mise en œuvre du plan de prévention.

Une formation des membres du CHSCT à la prévention des risques psychosociaux a parallèlement été réalisée au CHGR en 2014. Cette formation permet notamment aux représentants des organisations syndicales et à la direction de travailler ensemble sur ce sujet sensible afin d'en acquérir une définition partagée. Ce dispositif sera complété par une formation spécifique à destination de l'encadrement.

Amélioration de la qualité de vie au travail

Afin de permettre aux agents du centre hospitalier Guillaume Régnier une meilleure conciliation entre la vie personnelle et professionnelle et dans le cadre des modalités de garde d'enfants, l'établissement bénéficie de places réservées dans une crèche municipale. Une enquête sur les besoins a été réalisée sur le second semestre 2013 et 5 places supplémentaires ont été ouvertes en 2014. Un nouveau projet d'ouverture de 20 places est prévu à moyen terme.

En outre, un poste d'ergonome partagé avec le CHU de Rennes a été pourvu en mai 2014.

Au-delà de son caractère réglementaire, ce Projet social, co-construit avec les partenaires sociaux, vise à définir une politique de développement social. C'est l'occasion de fédérer des personnels autour d'objectifs communs et de valeurs sociales et éthiques communes, dans une culture d'établissement partagée par le plus grand nombre.

Si l'établissement connaît aujourd'hui un climat social difficile, lié à la remise en question d'acquis sociaux, l'ensemble des réalisations et des projets en cours dans le cadre du projet social est le fruit d'un dialogue social qui n'a rien de virtuel et qui apporte la preuve de la plus-value de la co-construction.

Il ressort en outre de l'observation de cet établissement qu'un certain nombre de valeurs continuent à être partagées au nombre desquelles la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient. Ce socle de valeurs communes et partagées reste un vecteur important de dialogue social et la négociation tumultueuse ne semble pas, jusque-là, remettre en question le travail de fond mené dans de nombreux domaines, même si la tension entre la direction et les organisations syndicales semble être à son paroxysme.

2.2 Le dialogue social : une affaire d'hommes et de femmes animés par des valeurs et des missions

Un comité de pilotage, présidé par Edouard Couty, dans le cadre du pacte de confiance, s'est plus particulièrement attaché à la question du dialogue social local et à son impérieuse rénovation et a émis un certain nombre de constats et de préconisations dans un rapport remis en Janvier 2013 à Madame la Ministre de la Santé.

Ce rapport fait d'abord état d'un dialogue social local d'ampleur inégale. Il souligne « un déploiement très inégal du dialogue social au sein des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Certaines raisons en sont structurelles mais d'autres peuvent également tenir à des attitudes ou à des choix culturels ».

Il souligne en outre l'existence d'un « dialogue social souvent plus formel que réel {...} trop rarement structuré en amont des projets et des problèmes, ce qui induit une dégradation des relations dans le dialogue social et des situations insatisfaisantes : apparition prématurée de la conflictualité et du rapport de force, voire du passage en force, réflexe de recours hâtifs à des arbitrages extérieurs (usage inapproprié de la médiation et de l'administration provisoire), stratégie de contournement au risque de décrédibiliser les acteurs locaux ».

Les entretiens menés dans le cadre de ce mémoire ont pu éclairer et étayer d'éléments concrets les observations de la mission conduite par Edouard Couty.

2.2.1 La perception du dialogue social par ses acteurs hospitaliers

« C'est dans un cadre complexe d'interactions personnelles et professionnelles fortes que s'inscrit notamment le dialogue social dans toutes ses nuances »²³

- Un dialogue social à géométrie variable

Les différentes personnes interrogées s'accordent sur les différentes nuances du dialogue social qui vont de l'information à la négociation (forme la plus aboutie du dialogue social) en passant par la consultation et la concertation. Elles s'accordent également sur le fait que le dialogue social soit à géométrie variable dans chacune de ces dimensions.

L'information qui englobe notamment la communication institutionnelle dépend de la place qu'elle occupe dans la stratégie d'établissement, la consultation est obligatoire sur certains sujets et assurée par le biais des instances, la concertation et la négociation

²³ Santé et dialogue social – Michel Véret et Claude Bernard – Presses de l'EHESP

étant singulières à chaque établissement, dépendent beaucoup du sujet traité, des marges de négociation dont on dispose, de la volonté des acteurs, de la notion d'urgence à laquelle on est ou non soumis.

- L'influence des lieux sur le positionnement des acteurs

Comme nous l'avons vu, le dialogue social s'incarne notamment à travers les instances.

Si les acteurs reconnaissent que cet espace de dialogue social est essentiel car régi par un cadre réglementaire qui donne l'obligation d'aborder certains sujets selon un certain formalisme, il apparaît que la co-construction vers laquelle il serait souhaitable de tendre se prépare largement en dehors de ces instances.

En effet, le positionnement des uns et des autres, tant directions d'établissements que représentants du personnel, est parfois très théâtralisé. L'instance peut parfois devenir une tribune, les rapports se détériorer et la tension sociale s'exacerber.

Il apparaît que le dialogue social est souvent biaisé par les jeux de rôle dans lesquels s'inscrivent ses acteurs.

Les différents acteurs du dialogue social rigidifient parfois leurs positions de principe et n'arrivent pas à s'en extraire pour écouter les propositions de l'autre.

Cette alchimie donne lieu à des confrontations stériles, matérialisées par des joutes verbales en séance, au blocage du déroulement des instances, comportements qui conduisent véritablement au « dialogue de sourds ». On assiste à une radicalisation des positions qui génère un durcissement des rapports et conduit souvent à la rupture.

Les interviews avec les acteurs du dialogue social ont mis en exergue que le rapport de force et le conflit n'avaient pas forcément que des effets négatifs mais que leur escalade pouvait devenir inquiétante et toxique et peut donner lieu à des comportements irrespectueux, intolérables et délictueux. L'aspect personne-dépendant est non négligeable en l'espèce.

Le dialogue social est avant tout basé sur des échanges humains et la gestion des conflits en est de ce fait une composante par essence. La communication verbale et non verbale que les acteurs utiliseront pendant les échanges pourra avoir une énorme influence dans ce domaine.

Il ressort des entretiens menés dans le cadre de ce mémoire que le dialogue social dit « informel », qui relève de l'initiative de ses acteurs et pourrait prendre la dénomination de

« dialogue social au quotidien », prend de plus en plus de place dans les établissements et il semble que l'on puisse s'en féliciter.

- L'institutionnalisation du dialogue social « informel » et le rôle clé du Directeur des Ressources Humaines

Ce dialogue social au quotidien se caractérise par la tenue de rencontres bilatérales, sur une thématique précise et sont organisées de manière très différente d'un établissement à l'autre. Elles dépendent beaucoup du contexte local et de la place que les acteurs souhaitent lui donner.

Certaines directions d'établissements ont décidé de structurer cette forme de dialogue social qui permet d'aborder les sujets transversaux et de réunir régulièrement les acteurs du dialogue social pour qu'ils travaillent ensemble sur diverses problématiques.

Dans certains cas, ces réunions ou rencontres sont régulières et institutionnalisées : le directeur des ressources humaines reçoit chaque mois ou chaque trimestre les syndicats pour préparer en amont les instances ou aborder des questions plus larges. Il peut concrètement et par exemple s'agir de réunions spéciales organisées à l'initiative de la direction des affaires financières pour faire un point sur la situation budgétaire avec les représentants des organisations syndicales. Il peut aussi s'agir de groupes de travail constitués dans une phase de préparation et d'élaboration de projets redéfinissant et réorientant l'offre de soins et les modes de prise en charge.

Mais il peut aussi s'agir de rencontres totalement informelles où le dialogue social est libre, qui interviennent souvent à la demande des syndicats pour traiter un point particulier ou une situation individuelle.

« C'est un dialogue social qui part des questionnements syndicaux » affirme une DRH interrogée. Selon celle-ci, « ces moments sont des moments concrets où l'on peut véritablement travailler ensemble, où l'on trouve des solutions ensemble. Cette forme de dialogue social est importante parce qu'elle participe à la construction de la confiance. Elle est certes chronophage mais elle permet d'éviter d'emboliser les instances sur des questions qui ne relèvent pas de leurs attributions ».

« On sollicite en amont les représentants des organisations syndicales pour qu'ils soient associés au travail, que l'on puisse identifier les freins et adapter (ou pas) notre positionnement en conséquence ». La qualité du « dialogue social au quotidien » influencera la manière dont se dérouleront les instances, même si ce n'est pas un gage absolu.

Si le DRH a été identifié comme l'acteur principal du dialogue social avec les représentants des organisations syndicales, il semble pertinent qu'il ne soit pas le seul. Il a été soulevé, à plusieurs reprises à l'occasion des entretiens, la part de responsabilité des autres directions fonctionnelles en la matière ainsi que celle du chef d'établissement.

Il semble en effet pertinent d'ériger le dialogue social au titre des éléments de la politique institutionnelle et d'en faire un élément stratégique qui nécessite la définition d'une ligne de conduite claire et structurée. Il apparaît important que le chef d'établissement et son équipe de direction aient définis les lignes stratégiques en la matière qui permettent une approche plus transversale du dialogue social. Chaque directeur fonctionnel peut ainsi être acteur du dialogue social, dans son périmètre d'activité, et en faire la déclinaison dans une ligne directrice institutionnelle sans prendre le risque de décalage que l'absence de cadre peut générer. Il peut ainsi devenir un véritable outil de management de projets.

- Une tendance de plus en plus marquée vers la déclinaison du dialogue social au plus près du terrain, au sein même des pôles.

Le dialogue social peut également trouver sa place dans la communication institutionnelle, au niveau des informations données à l'ensemble des agents de l'établissement. Cette communication institutionnelle, bien maîtrisée, peut être un formidable outil de management. Elle participe de la diffusion de la culture d'entreprise et fait partie des leviers de motivation. C'est en partie grâce à elle que l'on peut donner du sens à l'action collective.

Ce dialogue social au quotidien s'incarne parfois au niveau des comités opérationnels de pôles (les ex conseils de pôles), où les échanges se font au plus près du terrain. Une DRH a indiqué lors des entretiens que «la concertation au niveau des pôles est le niveau de concertation pertinent en matière de réorganisation. Exercée à ce niveau, elle favorise la performance et apporte une vraie valeur ajoutée».

Du point de vue des médecins, un président de CME interrogé a évoqué le fait que « la communauté médicale considère souvent que le dialogue social relève du travail des directeurs, particulièrement ce qui concerne les relations directes avec les représentants des organisations syndicales ». Il considère en revanche que l'organisation polaire et la délégation de gestion à destination des pôles a favorisé une liberté organisationnelle plus importante induisant elle-même un renforcement de la démocratie au sein des pôles qui reste cependant très pôle-dépendant et surtout chef de pôle dépendant.

Certains représentants syndicaux interrogés voient plutôt d'un mauvais œil le développement du dialogue social organisé au plus près des pôles qu'ils considèrent

parfois comme une « stratégie de contournement »²⁴ à leur égard développée par les directions. Ils restent de plus très attachés à la légitimité de la représentativité syndicale. D'autres en revanche, sont plutôt favorables au dialogue social au plus près des acteurs de terrain. Ils saluent les avantages de ces méthodes qui associent les acteurs directement concernés et sont souvent plus constructives même si tout ne peut évidemment pas être discuté et négocié à ce niveau.

Les directions d'établissement y voient globalement plutôt l'opportunité de régler les problèmes au plus près des personnes concernées, de recueillir et faire remonter les propositions innovantes en matière d'organisation. Un certain nombre d'établissement prennent aujourd'hui conscience de la nécessité de former les cadres de pôles et les cadres de proximité au dialogue social et de faire en sorte que le dialogue social ne soit pas le domaine réservé de la direction et des organisations syndicales. Cette méthode permet de mieux identifier les contraintes, les freins, d'associer l'encadrement aux projets afin de lui permettre de mieux s'y investir et de développer la notion de co-construction.

Même si l'envie de confronter les idées et de trouver le meilleur pour l'établissement et ses agents anime chacun, il n'en demeure pas moins que la seule bonne volonté ne suffit pas et que les éléments contextuels des débats influencent largement la qualité des échanges.

2.2.2 La qualité du dialogue social dégradée par la réduction des marges de négociation

Les directions d'établissements composent dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint et se voient obligées de mettre en œuvre des mesures « impopulaires » qui desservent parfois les intérêts des agents dans une optique de sauvegarde des intérêts de l'établissement.

Certaines décisions s'imposent aux gestionnaires et l'enjeu pour les directions relève parfois plus de la manière de les « faire passer » que de la manière de les co-construire.

« Le grain à moudre n'est plus ce qu'il était et c'est un frein considérable au dialogue social. Difficile de préserver la qualité de ce dernier dans un contexte de serrage de ceinture » affirme un chef d'établissement.

S'il est bien un constat partagé, ce sont les effets délétères de la réduction des moyens des établissements sur la qualité du dialogue social. Les acteurs déplorent une réduction drastique des marges de négociation qui ne facilite pas le dialogue social et tend à le rigidifier.

²⁴ Terme utilisé par un représentant syndical à l'occasion d'un entretien

2.3 Les pistes à explorer pour faire du dialogue social un atout de l'hôpital de demain

2.3.1 Utiliser le levier de la communication institutionnelle

- Développer l'art du faire-savoir

Développer le faire-savoir, c'est communiquer pour valoriser, pour informer, pour fédérer autour des projets en cours et à venir, sur les points d'étape et sur les événements qui rythment la vie de l'établissement, sur ses difficultés aussi.

Communiquer c'est montrer l'attachement porté à ce que les agents reçoivent l'information au sein de l'institution et non par des sources extérieures que peuvent être les médias.

Communiquer largement autour des projets de l'établissement, de son actualité, permet de valoriser les initiatives et les professionnels qui y ont contribué. C'est la manière de développer une forme de reconnaissance qui est un important levier de motivation au travail. C'est une manière d'encourager la participation collective et la co-construction et de limiter ainsi les tensions en matière de dialogue social.

Les temps de communication spécifiques à destination de l'encadrement ont également été ciblés comme des moments clés pour l'institution. Mettre l'accent sur la communication à destination de l'encadrement permet de développer une stratégie managériale partagée entre la direction et l'encadrement de proximité et évite ainsi l'écart de positionnement généré par la faiblesse de communication spécifique à destination de l'encadrement. Elle prévient le risque de rupture et de non-adhésion aux choix de la direction lié à leur moindre association aux prises de décisions.

- Valoriser les retours d'expériences et échange de pratiques au niveau institutionnel

L'idée est de proposer des formats de rencontres et d'échanges entre professionnels concernés par une même thématique permettant le partage de réussites et d'écueils à éviter.

Il peut s'agir de créer les opportunités et les espaces de retours d'expériences et d'échanges de pratiques comme celles qui se développent déjà dans certains établissements (journée « les soignants parlent aux soignants », dispositif « vis ma vie »...).

- **Gagner l'opinion**

Construire une solide stratégie de communication à destination de l'ensemble des agents permet également de « gagner l'opinion » en situation difficile, il s'agit d'essayer de convaincre sur la nécessité et la pertinence des mesures à mettre en œuvre en s'appuyant sur le principe de réalité et sur l'intérêt général. Il semble en effet important d'exposer les motifs, les tenants et les aboutissants de manière claire et adaptée.

La réalisation de la cartographie du positionnement des acteurs est dans ce cadre essentielle pour comprendre, agir et adapter sa politique de communication.

2.3.2 Mobiliser le levier de la communauté managériale

En 2009, Madame la Ministre de la Santé écrivait dans sa lettre de mission sur les cadres hospitaliers confiée à Mme Chantal de Singly : « Nous ne gagnerons le pari de l'efficience dans les établissements publics de santé qu'en y associant pleinement les cadres, c'est-à-dire tous ceux qui se trouvent en situation de concevoir, de fédérer, de piloter et de décider dans les organisations de travail hospitalières ».

Il convient d'être vigilant sur le rôle confié à l'encadrement et de se sentir toujours responsable des moyens attribués aux cadres pour réussir la mission qu'on leur a confiée. Une parfaite information des cadres sur les projets de l'établissement et de son actualité est à ce titre essentielle. L'encadrement de proximité joue un rôle fondamental de transmission et peut être un excellent « baromètre » et « régulateur » du climat social.

En outre, les managers sont au contact des salariés au quotidien. Ils organisent, planifient et régulent le travail, font confiance et valorisent et sont un canal de communication souvent privilégié par les salariés pour traiter les questions de fonctionnement et remonter les difficultés. Interface entre la direction et les salariés ils gèrent les tensions de terrain en première instance et peuvent les faire remonter.

Organiser des moments de convivialité professionnelle à leur attention à travers des séminaires, des assemblées générales de managers, c'est créer l'occasion de les tenir informés de l'actualité et des projets de l'établissement. C'est leur réserver un temps important de rencontre avec la direction et c'est l'occasion pour le chef d'établissement d'adresser un message personnel à ceux qui coordonnent l'activité hospitalière.

« L'un des enjeux consiste à développer un sentiment d'appartenance solide et de répondre à un besoin légitime et humain de reconnaissance lié notamment au sentiment d'être à sa place au sein d'un groupe » affirme un cadre supérieur de santé interviewé.

- **Créer les occasions d'apprendre et de partager entre managers**

Les initiatives permettant d'apprendre et d'échanger entre managers se développent dans les établissements de santé. On voit fleurir les « journées annuelles de partage et de réflexion autour des pratiques managériales » ou les « Vis ma vie de manager », pratique qui consiste à proposer à deux managers d'échanger leur place pour leur permettre de découvrir des réalités professionnelles différentes afin de mieux se connaître et travailler ensemble.

Les faire travailler de manière pluridisciplinaire (cadres soignants, administratifs, techniques et logistiques) sur des thématiques de management (éthique du management, manager c'est quoi ?, ...) ou des problématiques spécifiques à l'établissement représente une véritable opportunité de décroisement dont il faut s'emparer.

- **Promouvoir un management durable et responsable**

Le manager n'est plus uniquement celui qui décide et supervise, il est celui qui fait confiance et valorise.

L'idée est de mettre l'éthique professionnelle au service du management des hommes et des femmes à travers une démarche socialement responsable, en favorisant la confiance et le respect mutuel dans un environnement de travail où toutes formes de discrimination et de harcèlement doivent être dénoncées.

Il s'agira, par exemple, de rédiger une charte sociale et éthique inscrivant, au titre des valeurs institutionnelles, la non tolérance envers les différentes formes de discriminations et de harcèlement, d'assurer des actions de sensibilisation régulières et de prévoir un circuit simple de signalement permettant aux agents en difficulté de trouver rapidement l'interlocuteur adapté.

Ces actions viendront compléter les politiques de développement des compétences managériales et de prévention des risques psychosociaux déclinées au sein de l'établissement.

2.3.3 S'inscrire dans le cercle vertueux de la concertation et du décroisement

Engager une concertation c'est avant tout engager une dynamique positive. C'est donner la parole aux agents, aux partenaires, leur donner la possibilité d'être force de proposition et construire des solutions auxquelles on aurait sans doute jamais pensé seul.

C'est leur permettre de contribuer activement à l'amélioration de l'organisation et de l'activité, de s'impliquer et de se sentir concerné.

D'un point de vue juridique aujourd'hui, si un directeur d'établissement souhaite faire avancer un projet collectif, il consulte et négocie d'une part avec le personnel non médical via les organisations syndicales, le CTE, le CHSCT et d'autre part avec la CME. Plusieurs directeurs interviewés ont soulevé la nécessité de concertations transversales en terme de fonctions à l'intérieur d'un établissement hospitalier. En effet, l'organisation du travail des médecins et des autres professionnels de santé s'articule et il est de ce fait beaucoup plus pertinent de penser les projets ensemble.

L'hôpital est en profonde mutation et la concertation de l'ensemble des acteurs est un puissant levier d'accompagnement du changement. Elle permet d'éviter les écueils de la vision unifocale par la confrontation des points de vue. Elle permet d'engager un travail de fond sur les questions traitées et présente l'intérêt de poser des fondations à la conduite du changement, plus facile à mettre en œuvre dans ces conditions que lorsque les décisions prises sont autoritaires et pyramidales.

Il s'agira de bien choisir les moments de la concertation et de savoir provoquer des réunions « à froid » pour « déminer » un sujet en amont. Prendre le temps d'évoquer une question avec les partenaires sociaux avant qu'elle ne soit projetée au sommet de l'actualité de l'établissement semble être, au regard des expériences collectées, une méthode qui porte ses fruits en matière de dialogue social.

Il s'agit également d'un préalable incontournable à la négociation. C'est une manière d'anticiper les questions et de proposer aux partenaires sociaux d'y réfléchir en amont d'une période de négociation, de ne pas leur donner l'impression d'utiliser la notion d'urgence pour accélérer le processus de négociation en prenant le risque de générer des frustrations.

Peut également se poser la question du choix du moment stratégique de l'engagement d'une négociation qui concerne la remise en question d'acquis sociaux. En « bons gestionnaires » certains directeurs choisiront d'ouvrir la négociation afin d'éviter un plan de retour à l'équilibre, en « bons stratèges » d'autres choisiront d'attendre d'être en PRE afin que l'impérieuse nécessité des mesures soient incontestable.

- Confiance et respect mutuels : des ingrédients essentiels

Les notions de respect et de confiance sont systématiquement ressorties à l'occasion des divers entretiens.

L'opposition nourrie de respect est constructive, elle enrichit les débats. Ne pas être d'accord avec les valeurs et les positions de la partie adverse n'empêche pas de respecter son engagement.

La première marque de respect qui a été identifiée comme essentielle est l'écoute. Il faut être capable de rentrer dans la logique de l'autre pour écouter ses propositions et en nourrir sa propre réflexion. « Même si les arguments opposés par l'interlocuteur n'infléchissent pas sa position initiale, il est important en la matière de ne jamais insulter l'avenir et d'être capable de continuer à travailler ensemble malgré les différends » affirme un chef d'établissement.

La notion de confiance est également une notion essentielle et le respect participe de la construction de celle-ci. Les différents acteurs du dialogue social doivent participer à la construction de cette confiance. Celle-ci se construit lentement, se nourrit et peut disparaître très rapidement. Il convient d'y être particulièrement attentif et de garder à l'esprit que les bases de la confiance restent la transparence et la sincérité.

Le respect, la confiance et la reconnaissance sont les clés d'un dialogue social de qualité.

Il apparaît essentiel qu'une réelle volonté de négocier, de co-construire les projets soit affichée de la part des directions. Elle doit être concrète pour ne surtout pas se transformer en « artifice de gestion ». Il semble important de définir en amont les champs de la négociation en exposant clairement ce qui est négociable et ce qui ne l'est pas, en fournissant aux partenaires des informations précises, claires, exploitables et transparentes.

- Acquérir et développer la culture de la négociation qualitative

Il s'agit de faire de la négociation qualitative un processus de management des relations sociales, de tenter de dessiner ensemble le cercle vertueux de la concertation qui mène autant que faire se peut, mais pas forcément, au consensus.

La subtilité est de réussir à traduire des intérêts divergents en intérêts convergents qui peuvent se révéler au fur et à mesure que les positions bougent.

Il convient donc de s'inscrire dans une approche négociée des grandes questions et développer la pratique de la négociation qualitative qui confie à ses propres acteurs le soin de trouver en eux la solution adaptée à leurs propres problématiques.

La négociation qualitative poursuit la recherche objective de paix sociale matérialisée par le dialogue plutôt que le conflit, la rencontre directe des acteurs, le respect des conditions et pré requis de la négociation (méthode de travail, état des lieux initial et analyse des éléments divergents, temps de la négociation...) et le respect des acteurs et des instances.

Elle a pour objectif d'éviter de se retrouver dans l'impasse de la négociation perdant-perdant qui ne fait que générer tension sociale, radicalisation, frustration et effets contre productifs et laisse des traces.

Pour cela, « il est important de se situer dans le cadre d'une négociation donnant-donnant, de savoir lâcher de petites choses pour obtenir un consensus sur des sujets autrement plus importants pour l'institution » affirme un chef d'établissement. Il ajoute « qu'il est parfois difficile de faire rentrer les partenaires sociaux dans cette logique qu'ils refusent tout de go pour ne pas prendre le risque de faire bouger leurs lignes ».

Il ajoute enfin qu'« une direction doit s'interroger sur les moyens qu'elle peut déployer pour améliorer la qualité des débats. Une direction peut aussi avoir les partenaires sociaux qu'elle se crée en s'efforçant d'être pédagogue, en leur fournissant les éléments de compréhension qui facilitent l'appropriation des sujets ».

2.3.4 Utiliser le dialogue social comme outil de management de la performance durable et globale

En pratique, le dialogue social imprègne les politiques sociales des établissements de santé et se traduit dans les orientations du projet social qui est partie intégrante du projet d'établissement. Ce projet, soumis pour avis aux différentes instances, concerne tant les personnels médicaux que non-médicaux de santé. Les orientations qu'on y trouve déclinées en matière d'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail sont des plus nourries et constructives quand elles ont été l'objet d'une véritable co-construction.

- Le triptyque dialogue social, qualité de vie au travail, performance durable et globale

Selon l'Agence Nationale des Conditions de Travail (ANACT), la qualité de vie au travail se définit par :

- la qualité des relations sociales et de travail : la reconnaissance du travail, le respect, l'écoute, l'information,
- le dialogue social et la participation aux décisions,
- la qualité du contenu du travail : autonomie, variété des tâches, degré de responsabilité,
- la qualité de l'environnement physique : sécurité, ambiances physiques,
- la qualité de l'organisation du travail : qualité de la prescription, capacité d'appui de l'organisation dans la résolution des dysfonctionnements, démarches de progrès, réduction de la pénibilité, anticipation de la charge de travail...
- les possibilités de réalisation et de développement professionnels : formation, acquis de l'expérience, développement des compétences,
- les conciliations entre vie professionnelle et vie personnelle et vie privée : rythmes et horaires de travail, accès aux services, transports, garde des enfants.

L'ANACT précise que l'effet global de l'action sur chacune de ces dimensions n'est pas le résultat d'une simple addition : c'est à la création d'un véritable cercle vertueux de la qualité de vie au travail auquel il s'agit de parvenir.

Le dialogue social et la concertation sont des éléments clés du dispositif puisque l'amélioration de la qualité de vie au travail n'a de sens que si les acteurs concernés participent à la définition des actions en la matière.

La Haute Autorité de Santé (HAS) indique que la qualité de vie au travail « *a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les salariés de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle des salariés et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, de l'encadrement et des experts. En cela, c'est un objet à part entière des relations sociales dans l'entreprise* ».

Introduite comme critère 3D dans la certification des établissements de santé de la HAS V2010, la qualité de vie au travail a été reconduite et renforcée pour la V2014. La nouvelle itération de certification « invite à approfondir les liens entre qualité des soins et qualité de vie au travail et à expérimenter des pratiques renouvelant les termes du dialogue interprofessionnel au bénéfice des patients ».

Améliorer dans la durée la qualité de vie au travail suppose de s'interroger sur l'impact des solutions envisagées sur la performance et les personnes (en matière de santé, bien-être, développement professionnel). Cela implique également de faire des salariés et de leurs représentants des acteurs de la construction de ces solutions, au côté des directions.

C'est donc une construction collective qui implique d'appuyer les projets sur une connaissance précise de la réalité du travail que l'on peut mesurer et dont on ne peut prendre conscience qu'en considérant les remarques et suggestions des acteurs de terrain.

Il s'agit également de faire de l'évolution de l'organisation du travail et du management l'un des principaux leviers de la conduite du changement, de favoriser par tous les moyens l'innovation participative au regard de la nécessaire adaptation des établissements de santé. La communication et l'association des personnels sont des leviers à privilégier afin que le changement se passe dans les meilleures conditions possibles. « Une direction ne peut porter seule le changement. Celui-ci doit être mis en musique par le dialogue social » souligne une DRH.

Il s'agit enfin de se placer dans une perspective de long terme où les contraintes deviennent des opportunités de développement durable des personnes, des organisations et donc des performances. Il s'agit de convaincre que les contraintes budgétaires de plus en plus drastiques que connaissent les établissements de santé peuvent être des opportunités pour repenser nos organisations et de puissants leviers tant en matière d'amélioration des conditions de travail qu'en matière d'amélioration de la prise en charge.

Car l'amélioration des conditions de travail permet d'assurer aussi l'accroissement de la performance.

Les mesures concrètes mises en œuvre dans le cadre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) peuvent varier selon la taille, la culture, les priorités, les moyens dont dispose l'établissement. L'amélioration de la qualité de vie au travail relève donc bien du champ du dialogue social local et sera construite au regard du particularisme de chaque établissement.

Quel que soit le champ investigué (prévention des risques professionnels, préventions des risques psychosociaux, GPMC (gestion prévisionnelle des métiers et des compétences), qualité de vie au travail, modification des organisations...) la concertation est à privilégier.

L'investigation du champ de la conciliation vie privée/vie professionnelle a donné lieu à des actions innovantes inscrites dans le projet social de certains établissements. D'aucuns proposent un ensemble d'activités de détente accessibles gratuitement aux agents sur leur temps personnel, d'autres ont mis en place des prestations de services en partie financées par l'établissement (prestations de repassage par exemple).

D'autres projettent de développer des activités d'Urban Training qui consistent à utiliser du mobilier urbain pour pratiquer une activité sportive. Cette modalité de la pratique du sport permet de ne pas créer une salle de sport dédiée qui serait limitée en nombre de places et d'équipements et peut prendre la forme d'ateliers d'1 heure entre midi et 14h ou le soir (sur le temps personnel), organisée aux alentours du site et animée par des coachs sportifs identifiés parmi le personnel volontaire.

Certains choisissent de développer des crèches hospitalières ou de collaborer avec des crèches municipales afin d'assurer l'accès à des places réservées aux enfants des agents de l'établissement. Ils choisissent de développer en parallèle d'autres modes de garde complémentaires tels que des offres de garde à domicile le weekend et les jours fériés, la création d'un accueil de loisirs (mercredis et vacances scolaires) pour les 3-6 ans, la création de solutions d'accueil occasionnel d'urgence.

Autant de mesures visant à améliorer la qualité de vie au travail et notamment à concilier vie privée et vie professionnelle de manière plus sereine, mesures d'autant plus importantes qu'elles contribuent à prendre soin du capital humain de l'hôpital.

Le sujet de la qualité de vie au travail fait résonance auprès des différentes personnes interrogées qui s'accordent à dire que nombre de sujets plutôt consensuels peuvent être investis en la matière dans le cadre d'un dialogue social constructif afin que l'engagement de chacun alimente la performance et la compétitivité des organisations.

Conclusion

Pour permettre à l'hôpital de faire face au présent tout en restant tourné vers l'avenir, celui-ci a plus que jamais besoin de s'appuyer sur sa principale richesse que constituent les femmes et les hommes qui y travaillent et sur un dialogue social de qualité.

Les réformes, nombreuses et successives, bousculent sans cesse les établissements de santé et leurs organisations et questionnent régulièrement leur capacité d'adaptation et de mutation. Restructurations et tension budgétaire deviennent des constantes de l'environnement hospitalier et influencent largement la qualité du dialogue social. Dans ce contexte, il semble important de veiller à ne pas laisser la place au seul dialogue social de l'immédiateté où il est difficile de prendre le temps nécessaire de s'écouter et de discuter d'éléments essentiels et structurants.

Il ressort de cette étude la nécessité d'un dialogue social qui ne soit pas seulement formel mais se nourrisse avant tout de la volonté d'agir. Cela implique un certain nombre d'éléments : « un respect mutuel des acteurs, dans leur personnalité et dans leur rôle ; [...] ; une écoute mutuelle sur les problèmes à traiter et les pistes de solutions praticables concrètement, une volonté d'élucider malentendus et quiproquos pour affronter les vrais désaccords. Enfin, il n'y a pas de dialogue social possible sans une formation des négociateurs, une posture d'ouverture des protagonistes [...]. De nombreuses conditions doivent être réunies pour que « ça marche », mais la difficulté de l'exercice ne peut pas être une bonne raison pour ne pas oser »²⁵.

Le dialogue social est un art, Danielle Toupillier parle de « l'art de bien se comprendre et de bien construire ensemble, qui passe par un dialogue social de qualité, à la fois riche, loyal et transparent qui fait la force et la richesse de nos institutions. »²⁶

La responsabilité de chacun doit être engagée pour que les espaces de dialogue social ne deviennent pas le théâtre de dérives préjudiciables et intolérables ou que le dialogue social ne soit utilisé comme un « artifice de gestion » aux effets délétères. Sa co-construction doit être l'opportunité de donner du sens à l'action collective et de travailler la cohésion au service du patient au sein d'un territoire de santé.

²⁵ Jean-Paul Guillot, Carmen Rubia, Osez le dialogue social dans l'entreprise, éd. de l'atelier, 2010, p 177-178

²⁶ Michel Véret – Claude Bernard - Préface « Santé & Dialogue Social, les personnels non médicaux » - éditions presses de l'EHESP - 2014

Bibliographie

Ouvrages

Andolfatto Dominique, Labbé Dominique, « *Sociologie des syndicats* », Paris, La découverte, Repères, 2000

Guillot Jean-Paul, Carmen Rubia, « *Osez le dialogue social dans l'entreprise* », Paris, éd. de l'atelier, 2010

Guillot Jean-Paul, Michel Dominique-Anne, « *Faire vivre le dialogue social dans la Fonction publique hospitalière* », Paris, éd. de l'atelier, 2011

Rouilleault Henri, « *Où va la démocratie sociale ?* », Paris, éd. de l'atelier, 2010

Taponat Gérard, « *RH et relations sociales* », Focus RH, 2013

Véret Michel, Bernard Claude, « *Santé & dialogue social, les personnels non médicaux* », Presses de l'EHESP, 2014

Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Presses de l'EHESP, 9^{ème} édition, septembre 2012

Presse professionnelle et communiqués de presse

Dossier « *Le dialogue social dans la fonction publique hospitalière* », Actualités JuriSanté, n° 79, octobre-novembre 2012, p.3-17

Barbot Jean-Marie, « *Faut-il désespérer du dialogue social à l'hôpital* », Editorial Santé RH N°64, Septembre 2014

Poppe Clothilde, « *Les acteurs hospitaliers, véritables constituants du dialogue social à l'hôpital* », Revue hospitalière de France, n° 552, mai-juin 2013, p.12-14.

Rapports

Chertier Dominique-Jean, « *Pour une modernisation du dialogue social* », Rapport au Premier Ministre, Mars 2006,

Hadas-Lebel Raphaël – Conseiller d'Etat - « *Pour un dialogue social efficace et légitime : représentativité et financement des organisations professionnelles et syndicales* » rapport au premier ministre - mai 2006

Mission Couty – « *Le pacte de confiance pour l'Hôpital – Rapport groupe de travail N°2 sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines. Le dialogue social local : reconnaître, rénover, réussir* » - Janvier 2013

Sites Internet

Les élections professionnelles dans la fonction publique hospitalière, 5 décembre 2011 - Site du Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.sante.gouv.fr/elections-2011>

Site de l'Organisation Internationale du Travail <http://www.ilo.org/public/french/dialogue> (dernière consultation le 13 juillet 2014)

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>

www.travail-emploi.gouv.fr – données avril 2008

Jean-Paul Guillot, Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi - n° 67 - Février 2014 – article : « dialogue social à l'hôpital : si les médecins y participaient ». <http://www.snphar.com/data/A la une/phar67/Dossier2-67.pdf>

Liste des annexes

Annexe I – Liste des entretiens réalisés

Annexe II – Grille d’entretien

Annexe III – Organigramme du Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes

Annexe IV – Accord local sur la réduction du temps de travail de 2002 du CHGR

Annexe V – Lettre spéciale RH   l’attention des agents du CHGR – Mars 2014

Annexe VI – Lettre spéciale RH   l’attention des agents du CHGR – Septembre 2014

ANNEXE I

LISTE DES ENTRETIENS REALISES

Type d'établissement	Région	Fonction des interlocuteurs
CHU	(*)	Directeur des Ressources Humaines
CHU	(*)	Directeur Général Adjoint
CH	Auvergne	Directeur Directeur des Soins Président de CME
CH	Bretagne	Directeur Président de CME 2 Directeurs Adjoints (dont DRH) Directeur des Soins Représentants des 3 organisations syndicales de l'établissement Cadre Supérieur de Santé
CH	Pays de la Loire	Directeur des Ressources Humaines
CH	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Directeur

(*) La région d'appartenance des deux CHU n'a pas été précisée pour en éviter l'identification.

ANNEXE II

GRILLE D'ENTRETIEN – DIALOGUE SOCIAL

- Qui êtes-vous ?
- Dans quelles instances siégez-vous ?
- Depuis combien de temps ?
- Temps de détachement dédié à l'activité syndicale :

QUOI

- 1 - Selon vous, qu'est-ce que le dialogue social ? (information descendante, information à double sens, consultation, concertation, négociation).

POURQUOI

- 2 - Quels sont les objectifs du dialogue social ?

QUAND

- 3 - Quand et de quelle manière considérez-vous que le DS soit effectif ?

COMMENT

- 4 - Quels sont les moyens utilisés dans la conduite du dialogue social ?

OU

- 5 - Parlez- moi des différents lieux du dialogue social.

QUI

- 6 - Parlez-moi de ses différents acteurs et de leur positionnement en fonction des lieux et thématiques (DS off et DS institutionnel).
- 7 - Pensez-vous que le DRH soit l'acteur principal du dialogue social avec les OS ?
- 8 - Quels sont les différents acteurs « hors institution » qui peuvent interférer sur le DS ?
- 9 - Quels sont les éléments extérieurs interférant dans le DS ? (acteurs hors institution, expertises CHSCT, effet de contagion....)

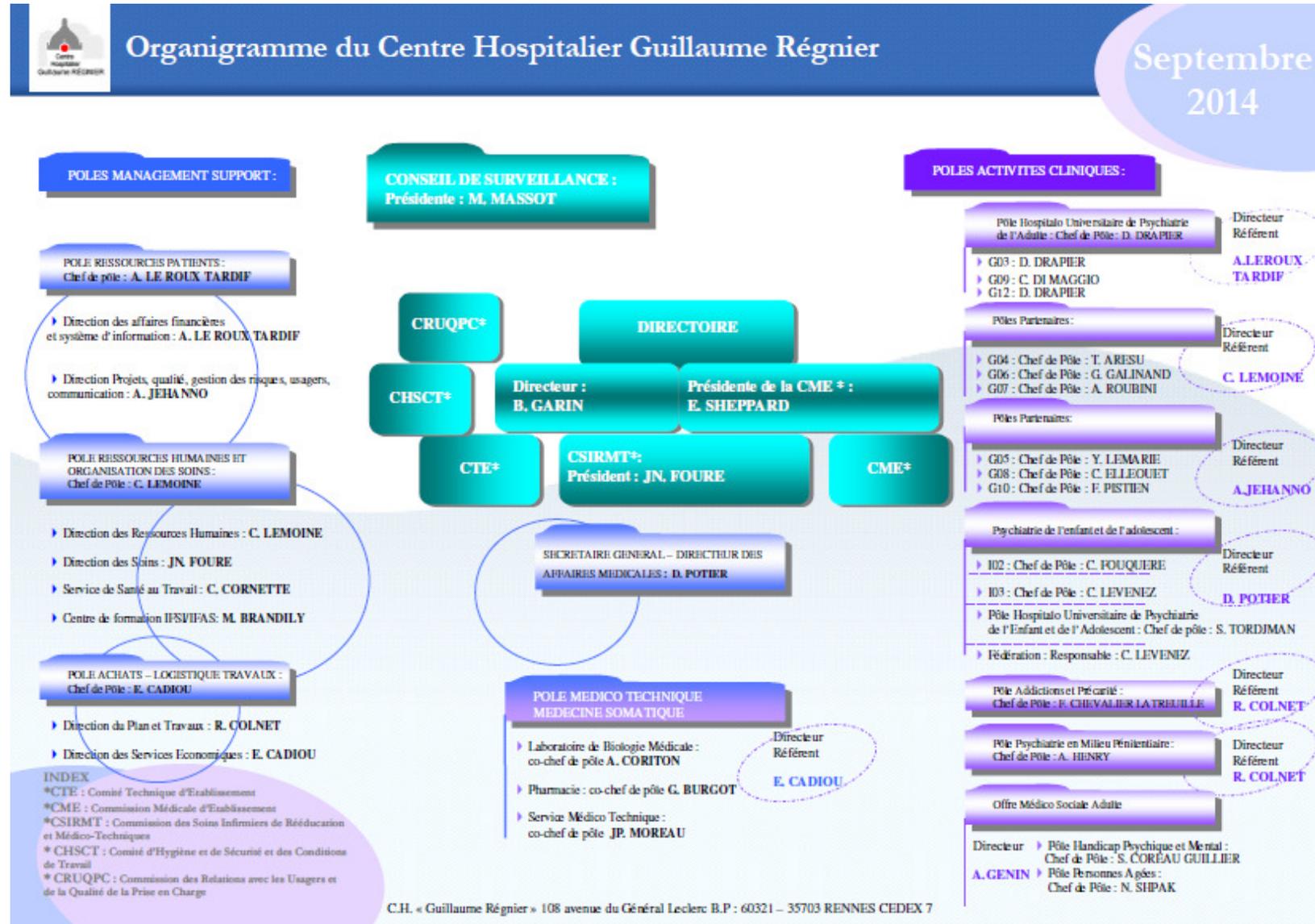
LOCALEMENT

- 10 - Comment qualifiez-vous l'évolution du dialogue social depuis ces dernières années au sein de votre établissement ?
- 11 - Selon vous, le dialogue social fonctionne-t-il au sein de l'établissement, pourquoi ?
- 12 - Etes-vous satisfait de la qualité du DS au sein de votre ets (TS, S, MS, PS) ?
- 13 - Comment pensez-vous que la qualité du dialogue social évoluera au regard des derniers événements et du contexte budgétaire de plus en plus contraint ?
- 14 - Quelles sont vos attentes en matière de dialogue social dans l'établissement ?

DE MANIERE GENERALE

- 15 - Quelles sont vos propositions ou suggestions éventuelles à l'amélioration de la conduite du dialogue social ?
- 16 - Quelles seraient les pistes pour réussir à mettre en œuvre une véritable négociation ?
- 17 - Quelles pourraient être les pistes de restauration du dialogue social ?
- 18 - Quelles sont les thématiques sur lesquelles les acteurs du dialogue social pourraient trouver un intérêt mutuel ?
- 19 - Pensez-vous que le dialogue social puisse être un levier de performance collective ? Comment ?
- Si oui, quelles actions concrètes ?

ANNEXE III



ANNEXE IV



Dossier suivi par G. SAMSON
Directrice Adjointe
GS/CF

OBJET : Accord local RTT au CHGR.

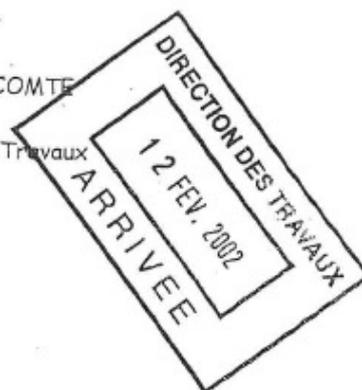
Centre Hospitalier Guillaume Régnier

Rennes, le 12 février 2002

Le Directeur du Centre Hospitalier
Guillaume Régnier de Rennes

à

Madame FRENET-LECOMTE
Directrice Adjointe
Direction des Plans & Travaux



Madame et Chère Collègue,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le Protocole d'Accord local relatif à la RTT au CHGR, signé par l'organisation syndicale CFDT le 8 février 2002.

Je vous laisse le soin d'en informer les services dépendant de votre Direction.

Vous en souhaitant bonne réception,

Je vous prie de croire, Madame et Chère Collègue, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le Directeur,
Pour le Directeur et par délégation
La Directrice Adjointe
Chargée des Ressources Humaines,




G. SAMSON

P.J. 1

108, avenue du Général Leclerc - B.P. 226 - 35011 RENNES CEDEX - Téléphone : 02 99 33 39 00
Télécopieur : 02 99 33 64 42

**ACCORD LOCAL RELATIF
À LA RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL
AU CENTRE HOSPITALIER *Guillaume Régnier*
DE RENNES**

ENTRE :

- Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes,
représenté par M. Bernard RAYNAL, Directeur de l'établissement,

d'une part,

ET :

- L'organisation syndicale CFDT,
représentée par M. Bernard JUIN en sa qualité de Secrétaire de
section

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit sur le cadrage local de la Réduction du Temps de Travail au CHGR (cf. document joint).

BT

C.A. JFF. JB



DIRECTION
DES RESSOURCES HUMAINES

GS/CF

Centre Hospitalier Guillaume Régnier

Rennes, le 8 février 2002

PROTOCOLE D'ACCORD LOCAL relatif à l'aménagement, l'organisation et la réduction du temps de travail au Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes

Références :

- Protocole d'accord national du 27 septembre 2001
- Loi du 26 décembre 2001 (article 31)
- Décret 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels
- Décret 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail
- Lettre de l'A.R.H. en date du 20 novembre 2001.

~~~~~°°~~~~~

### PRÉAMBULE

*La réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière prend effet le 1er janvier 2002. La référence du temps de travail hebdomadaire est fixée à 35 heures. Pour les personnels de nuit, la durée du temps de travail hebdomadaire passera de 35 heures à 32 heures 30 à partir du 1er janvier 2004.*

*Cette réduction du temps de travail doit permettre d'améliorer la qualité du service pour les usagers et les conditions de travail et de vie privée des personnels.*

*Les signataires de cet accord soulignent l'importance du dialogue social et sa place dans la réussite de la modernisation sociale de l'établissement.*

*Les créations de postes attribuées à ce jour et demandées pour le CHGR sont rappelées en annexe.*

BT

~~~~~°°~~~~~

C.A. JFF
A JB

S O M M A I R E

| | |
|--|----|
| TITRE 1 : ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL
DANS L'ÉTABLISSEMENT | 3 |
| Article 1 - Champ d'application | 3 |
| Article 2 - Durée annuelle du travail | 3 |
| 2.1 - Durée annuelle de travail pour les agents
avec sujétions liées à la nature des missions | 3 |
| 2.2 - Agents à temps partiel | 4 |
| 2.3 - Personnel d'encadrement | 4 |
| Article 3 - Définition du temps de travail effectif | 4 |
| 3.1 - Temps de repas | 4 |
| 3.2 - Temps d'habillage et de déshabillage | 5 |
| 3.2 - Temps de déplacement | 5 |
| Article 4 - Garanties minimales relatives au temps de travail | 5 |
| 4.1 - Durée hebdomadaire de travail | 6 |
| 4.2 - Durée quotidienne de travail | 6 |
| 4.3 - Nombre de jours de repos hebdomadaires | 6 |
| Article 5 - Modalités pratiques d'organisation de la réduction
de la durée de travail | 6 |
| 5.1 - Principes généraux | 6 |
| 5.2 - Répartition du temps de travail sur un cycle | 7 |
| 5.3 - L'organisation du temps de travail pour l'année 2002 | 8 |
| 5.4 - Horaires variables | 10 |
| 5.5 - Astreintes | 10 |
| 5.6 - Réduction du temps de travail sous forme de jours de repos | 10 |
| 5.7 - Le Compte Epargne Temps | 11 |
| Article 6 - Tableau de service | 11 |
| Article 7 - Congés annuels et jours fériés | 12 |
| 7.1 - Durée, décompte et modalités d'attribution
des congés annuels | 12 |
| 7.2 - Jours fériés | 13 |
| TITRE 2 : SUIVI DE L'ACCORD LOCAL | 14 |
| Article 1 - Comité de suivi | 14 |
| Article 2 - Révision et ajustement de l'accord | 15 |
| TITRE 3 : LES MOYENS EN PERSONNEL | 16 |
| Article 1 : Allocation de moyens attribués par l'ARH au CHGR | 16 |
| Article 2 : Incidence de la RTT sur les moyens en personnel | 17 |
| Article 3 : Les emplois créés au titre de la RTT | 18 |

BJ

C.A.A. JFF. JB

TITRE 1 : ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL DANS L'ÉTABLISSEMENT

ARTICLE 1 - CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord s'applique à l'ensemble du personnel de l'établissement (à l'exclusion des médecins et du corps de direction nommés par arrêté ministériel), à temps complet ou à temps partiel, titulaire, stagiaire, contractuel à durée déterminée ou indéterminée, y compris les agents sous Contrat Emploi-Consolidé et contrat emploi-jeune, à l'exception des salariés détenteurs de Contrat Emploi Solidarité pour lesquels la réglementation spécifique les concernant exige un temps de travail intangible de 20 heures hebdomadaires.

Les personnels détachés dans l'établissement ou mis à disposition de l'établissement bénéficient des dispositions du présent accord local.

ARTICLE 2 - DURÉE ANNUELLE DU TRAVAIL

La durée de travail effectif est fixée à trente cinq heures par semaine à compter du 1er janvier 2002 ; le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de 1 600 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées. Cette durée est réduite pour les agents hospitaliers soumis à des sujétions spécifiques, dans les conditions définies ci-après.

2.1 - Durée annuelle de travail pour les agents avec sujétions liées à la nature des missions

- pour les agents en repos variable

Les agents en repos variable sont des agents qui effectuent au moins 10 dimanches ou jours fériés pendant l'année civile.

La durée annuelle de travail de référence est de 1 575 heures (hors jours de congés supplémentaires).

Pour les agents en repos variable travaillant au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année, 2 jours de repos compensateurs supplémentaires sont accordés.

- pour les agents travaillant exclusivement de nuit

Pour les agents travaillant exclusivement de nuit (au maximum 90 % du temps de travail annuel), la durée annuelle de travail effective demeure fixée à 1 560 heures (hors jours de congés supplémentaires).

BJ

C.A. J.F.F. A. JB

A compter du 1er janvier 2004, pour tous les agents qui travaillent exclusivement de nuit, la durée annuelle effective de travail sera de 1 470 heures (hors jours de congés supplémentaires).

2.2 - Agents à temps partiel

Sur la base légale de 35 heures, les agents à temps partiel se verront appliquer une réduction de leur temps de travail proportionnelle à celle des agents à temps plein.

2.3 - Personnel d'encadrement

Les personnels exerçant des fonctions d'encadrement définies par arrêté à paraître, soit directement auprès d'une équipe, soit en mission transversale ou de formation, bénéficient de 20 jours de RTT sur une durée moyenne hebdomadaire du cycle de 38H.20.

La spécificité des congés pédagogiques des cadres enseignants sera revue à la parution du texte.

ARTICLE 3 - DÉFINITION DU TEMPS DE TRAVAIL EFFECTIF

La durée du travail effectif s'entend comme le temps de travail pendant lequel les agents sont à la disposition de l'employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles.

3.1 - Temps de repas

Le temps de repas n'est pas compris sur le temps de travail effectif. Cette règle ne s'applique pas pour les catégories de personnel ci-dessous énumérées :

- les infirmiers et aides-soignants en exercice dans les unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale et infanto-juvénile, dans les USLD, dans les unités de vie de la M.A.S., et qui sont en repos variable,
- Les A.S.H. Qualifiés des unités d'hospitalisation en psychiatrie générale et infanto-juvénile, dans les USLD, dans les unités de vie de la M.A.S.,
- les agents d'accueil,
- les personnels de cuisine du CHGR, et du C.A.T. mis à disposition par le CHGR.

BJ

C.A. JFF
A

- Les agents bénéficiant des repas thérapeutiques continuent à en bénéficier dans les mêmes conditions qu'actuellement.
- Tous les autres agents déjeunent sur leur temps personnel :
Le temps de la coupure repas est défini comme suit :
 - 45 mn pour les personnels de la blanchisserie,
 - 50 mn pour les personnels des ateliers,
 - 30 mn minimum pour tous les autres personnels, en fonction des organisations de travail dans le profil de poste.

3.2 - Temps d'habillage et de déshabillage

Lorsque le port d'une tenue de travail est obligatoire, le temps nécessaire à l'habillage et au déshabillage est considéré comme temps de travail effectif.

3.3 - Déplacements

L'activité de soins psychiatriques, dans le respect des principes de la sectorisation, ainsi que le développement du travail en réseau, le renforcement des alternatives à l'hospitalisation et la dispersion des structures de soins dans le département d'Ille-et-Vilaine, entraînent un nombre important de déplacements des personnels, en constante progression.

En application de la définition du temps de travail citée précédemment, est incluse dans le temps de travail la durée du déplacement entre la résidence administrative et :

- soit une structure de soins du CHGR,
- soit le domicile du patient dans le cadre des visites à domicile,
- soit les structures sanitaires, sociales, médico-sociales, éducatives, et tout autre partenaire du département d'Ille-et-Vilaine impliqué dans la prise en charge, dans le cadre de l'activité psychiatrique de secteur.

Le temps de déplacement entre le domicile et le lieu de travail n'est pas du temps de travail, étant considéré que l'agent reste libre d'organiser son déplacement et d'effectuer des activités et démarches personnelles durant ce temps de trajet.

ARTICLE 4 - GARANTIES MINIMALES RELATIVES AU TEMPS DE TRAVAIL

L'organisation du travail respecte, pour tous les agents, les garanties suivantes :

BJ

C.A. A JFF



4.1 - Durée hebdomadaire de travail

La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder quarante-huit heures au cours d'une période de 7 jours.

4.2 - Durée quotidienne de travail

La durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les agents de jour, 10 heures pour les agents de nuit.

Dans le cas de travail discontinu, l'amplitude de la journée de travail ne peut être supérieure à 10 heures 30 minutes. Cette durée ne peut être fractionnée en plus de deux vacations d'une durée minimum de trois heures.

Lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent, le chef d'établissement peut, après avis du Comité Technique d'Etablissement, déroger à la durée et l'amplitude quotidiennes du travail fixées pour les agents en travail continu ou discontinu.

4.3 - Nombre de jours de repos hebdomadaires

Les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum et d'au moins un repos hebdomadaire de trente-six heures consécutives minimum.

Le nombre de jours de repos est fixé à quatre jours pour deux semaines, deux d'entre eux au moins devant être consécutifs, dont un dimanche (samedi-dimanche).

ARTICLE 5 - MODALITÉS PRATIQUES D'ORGANISATION DE LA RÉDUCTION DE LA DURÉE DE TRAVAIL

5.1 - Principes généraux

Au regard de la diversité des situations constatées, tous les services ne peuvent avoir systématiquement la même organisation.*

Pour l'année 2002, les agents sont répartis en deux catégories :

- La première catégorie dont la durée moyenne hebdomadaire du cycle de travail est fixée à 37H.30 concerne :

BJ

C.A. J.F.F. JB

- les personnels des services de soins et des services médico-techniques,
 - les personnels de rééducation,
 - les personnels socio-éducatifs,
 - les personnels administratifs y compris les secrétaires médicaux,
 - les personnels de la cuisine.
- La deuxième catégorie dont la durée moyenne hebdomadaire du cycle de travail est fixée à 38H.20 concerne :
 - les personnels des services logistiques (sauf cuisine)
 - les personnels des ateliers des services techniques
 - les personnels du service informatique
 - les Vaguemestres.

La nouvelle organisation, basée sur une durée hebdomadaire du temps de travail de 32H.30 pour l'activité de nuit, n'est pas concernée avant le 1er janvier 2004.

Ces modalités tiennent compte des possibilités financières pour 2002. Le comité de suivi mis en place sera chargé de faire un bilan. Ces modalités de mise en oeuvre devront être révisées fin 2002 pour l'année 2003 compte tenu des nouvelles possibilités de recrutement attribuées, dans la perspective d'une durée moyenne hebdomadaire du cycle de travail de 38H.20 pour l'ensemble des personnels.

5.2 - Répartition du temps de travail sur un cycle

Le travail est organisé selon des périodes de références dénommées cycles de travail définis par service ou par fonctions, et arrêtés par le Directeur de l'établissement, après avis du C.T.E. et du C.H.S.C.T.. La durée du cycle ne peut être inférieure à une semaine et supérieure à douze semaines.

La durée du travail est organisée à l'intérieur du cycle de travail, qui est une période qui se répète à l'identique, d'un cycle à l'autre. Le nombre d'heures de travail effectuées au cours des semaines composant le cycle peut varier.

Il ne peut être accompli pour un agent plus de 44 heures de travail effectif par semaine.

La durée moyenne sur le cycle est de 35 H., 37H.30 ou 38H.20.

L'aménagement et la répartition des horaires de travail sont fixés par le Directeur de l'établissement après avis du C.T.E. et du C.H.S.C.T., compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité et la sécurité des soins.

BT

C.A.A. J.F.F.

Les heures supplémentaires sont celles qui dépassent la durée totale légale calculée sur la durée du cycle.

Elles sont limitées à :

- 20 heures/mois et par agent jusqu'au 31 décembre 2004,
- 15 heures/mois et par agent jusqu'au 31 décembre 2005,
- 10 heures/mois et par agent à compter du 1er janvier 2006.

5.3 - L'organisation du temps de travail pour l'année 2002

☞ Dispositions transitoires

Une période transitoire est instaurée du 1er janvier au 31 mars 2002.

A partir du 1er janvier 2002, le décompte du temps de travail sera réalisé sur la base de 35 heures pour chaque agent.

Les nouvelles organisations se mettent en place à partir du 1er avril 2002, sauf dans les services techniques (Ateliers) et les services logistiques (Blanchisserie, Transports, Garage et Jardins) et le Laboratoire, où la date est fixée au 1er mars 2002.

Durant cette période transitoire, l'organisation du temps de travail reste identique à celle de 2001.

L'amplitude moyenne hebdomadaire de fonctionnement est de 40 heures sur une base de référence hebdomadaire de 39 heures.

La durée journalière est de 8 heures.

Les heures effectuées au-delà de 35 heures hebdomadaires sont :

☞ soit récupérées :

- à la journée : 1 à 2 par mois } jusqu'au 7 avril 2002
- en heures } sauf impossibilité
- en heures } liée à des nécessités de service

☞ soit mises sur un Compte Epargne Temps (C.E.T.), au libre choix de l'agent.

Les jours RTT seront comptabilisés à raison de 1 jour après 7 jours travaillés -y compris les jours de formation continue et les congés syndicaux- (soit un maximum de 56 heures ou 8 jours).

Les congés annuels, fériés, R.B. et repos nuit restant dûs au titre de l'année 2001 et posés pendant la période transitoire, donnent droit à une heure de récupération.

BJ

C.A. JFF
A

⇒ Période du 1er avril au 31 décembre 2002

L'organisation du temps de travail est la suivante :

☛ dans les SERVICES DE SOINS :

- Durée du cycle :

- Hospitalisation temps plein : 4 semaines
- Soignants en repos fixes, en Hôpital de jour, CATT, CMP : à déterminer
- Encadrement infirmier : 1 semaine dans les unités de soins et à déterminer pour les cadres à missions transversales.

- Bornage horaire quotidien :

- en HJ, CATT, CMP, personnels en repos fixes : durée quotidienne variable.
- en Hospitalisation temps plein, personnels en repos variables : une seule amplitude horaire (7H.45) avec 1 heure de récupération après 4 jours travaillés, à poser dans la semaine considérée ou dans la semaine suivante.
- 4 horaires de jour maximum
- Nuit de 9H.30.

- Bornage jours de repos pour les soignants en repos variable en Hospitalisation temps plein :

sur 2 semaines :

- 1 semaine avec 1 repos
- 1 semaine avec 3 repos dont samedi et dimanche.

☛ dans TOUS LES AUTRES SERVICES :

Le bornage horaire quotidien est :

- soit de 7H.30 sur la base de la durée hebdomadaire moyenne du cycle de 37H.30,
 - soit de 7H.40 sur la base de la durée hebdomadaire moyenne du cycle de 38H.20,
- sauf dérogations exceptionnelles liées à des spécificités de fonctionnement de service.

☛ TOUS SERVICES CONFONDUS :

Les AGENTS À TEMPS PARTIELS se verront appliquer une réduction de leur temps de travail proportionnelle à celle des agents à temps plein.

Les autorisations d'exercer à temps partiel ont été accordées pour 6 mois, jusqu'au 30 juin 2002.

BJ

C.A. A JFF. JB

Les demandes d'autorisation, pour le deuxième semestre 2002, devront être formulées pour le 1er mai 2002.

5.4 - Horaires variables

La possibilité de travailler selon un horaire variable peut être organisée dans les services administratifs, sous réserve des nécessités du service, par le Directeur de l'établissement, après avis du C.T.E. et du C.H.S.C.T., dès lors qu'un décompte exact du temps de travail de chaque agent est mis en place.

L'horaire variable comporte des plages fixes pendant lesquelles la présence d'un effectif déterminé de personnels est obligatoire, et des plages mobiles à l'intérieur desquelles l'agent choisit ses heures d'arrivée et de départ.

5.5 - Astreintes

Dans le respect des dispositions réglementaires sur les conditions dans lesquelles il est possible de recourir aux astreintes, les modalités de compensation ou de rémunération, le Directeur fixe, après avis du C.T.E. et du C.H.S.C.T., la liste des emplois concernés par ce dispositif.

Dans l'attente de la parution du décret, le régime actuel des astreintes en vigueur dans l'établissement est maintenu.

5.6 - Réduction du temps de travail sous forme de jours de repos

Le nombre de jours de repos, dits *jours de RTT*, est fixé :

- ☛ pour la période du 1er avril au 31 décembre 2002, à :
 - 15 jours par an sur la base légale de jours travaillés, pour les personnels de la première catégorie (37H.30), ce qui correspond à 11 jours et 2 heures sur une base de 7 heures,
 - 20 jours par an sur la base légale de jours travaillés, pour les personnels de la deuxième catégorie (38H.20), ce qui correspond à 15 jours sur une base de 7 heures.

- ☛ pour la période du 1er mars au 31 décembre 2002, à :
 - 15 jours par an sur la base légale de jours travaillés, pour les personnels de la première catégorie (37H.30), ce qui correspond à 12 jours et 3H.45 sur une base de 7 heures,
 - 20 jours par an sur la base légale de jours travaillés, pour les personnels de la deuxième catégorie (38H.20), ce qui correspond à 16 jours et 5 heures sur une base de 7 heures.

BJ

C.A. J.F. J.R.

La prise de jours RTT

Ces jours seront :

- soit pris en totalité,
- soit pris en partie ou non, le reste alimentant le Compte Epargne Temps (C.E.T.), à la demande de l'agent.

Aucun jour RTT ne pourra être perdu, s'il n'a pu être posé compte tenu des nécessités de service.

Chaque jour supplémentaire acquis au titre de la RTT doit être posé avant qu'une seconde journée ne soit acquise.

- Pour les soignants exerçant en hospitalisation temps plein avec repos variable : pose de 1 à 2 jours dans le cycle de travail,
- Pour les soignants exerçant en HJ, CMP, CATTTP en repos fixe : pose de 1 à 2 jours de RTT par mois.

Toutefois, pour les agents le souhaitant et dans la mesure où le fonctionnement du service le permet, les jours supplémentaires dus au titre de la RTT pourront éventuellement être cumulés dans la limite de 5 JOURS par an au maximum.

La prise de jours RTT peut éventuellement se cumuler avec des congés annuels, des fériés ou tout autre jour de repos, dans la mesure où les nécessités de service le permettent.

Les jours RTT ne pourront être pris pendant les mois de Juillet et Août dans les services de soins sauf en psychiatrie-infanto-juvénile.

Dans les autres services, cette possibilité est liée au fonctionnement du service.

Les jours de RTT sont dus par rapport au nombre de jours travaillés.

Une note de service précisera les modalités de réduction proportionnelle au nombre de jours d'absence.

5.7 - Le Compte Epargne Temps

Un Compte Epargne Temps est institué : chaque agent peut en bénéficier, sur sa demande, dans les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat à paraître.

ARTICLE 6 - TABLEAU DE SERVICE

Un tableau de service, élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le Directeur d'établissement, précise les horaires de chaque agent pour chaque mois.

B5

C.A. A JFF - JB

Le tableau de service prévisionnel doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours avant son application. Il peut être consulté à tout moment par l'agent.

Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48H. avant son entrée en vigueur sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi et à une information immédiate des agents concernés par cette modification.

Tout agent qui ne peut effectuer l'intégralité de son temps de travail quotidien, ou en raison d'une absence autorisée ou justifiée (maladie) est considéré avoir accompli le cinquième de ses obligations hebdomadaires de service prévues en moyenne sur le cycle de travail.

L'agent en formation au titre du Plan de Formation et qui, de ce fait, ne peut être présent à son poste de travail, accomplit un temps de travail effectif décompté pour la durée réellement effectuée.

Le tableau de service réalisé, élaboré par le personnel d'encadrement, est arrêté par le Directeur d'établissement.

ARTICLE 7 - CONGÉS ANNUELS ET JOURS FÉRIÉS

7.1 - Durée, décompte et modalités d'attribution des congés annuels

La durée des congés annuels est calculée sur la base de 25 jours ouvrés pour l'exercice des fonctions à temps plein. Cette durée est proportionnelle aux obligations de service pour les agents qui exercent leurs fonctions à temps partiel.

Les agents qui n'exercent pas leurs fonctions pendant la totalité de la période de référence indiquée précédemment ont droit à un congé annuel d'une durée de deux jours ouvrés par mois ou fraction de mois supérieure à quinze jours écoulés depuis leur entrée en fonctions.

L'absence du service au titre du congé annuel ne peut excéder 31 jours consécutifs.

L'agent qui prend 3, 4 ou 5 jours ouvrés de congés, en continu ou discontinu entre la période du 1er Novembre au 30 Avril bénéficie d'un jour de congé supplémentaire. Un deuxième jour de congé supplémentaire est attribué à l'agent lorsque ce nombre est au moins égal à 6 jours ouvrés.

BJ

1-A JFF. A JB

L'agent qui fractionne ses congés annuels en au moins 3 périodes d'au moins 5 jours ouvrés chacune, bénéficie d'un jour de congé supplémentaire.

Une planification des congés annuels, pour la période estivale, doit être réalisée pour le 28 février, pour l'ensemble des agents de l'établissement, par le Directeur de l'établissement, sur proposition du personnel d'encadrement, après consultation des personnels concernés et compte tenu des nécessités de service.

Dans les services de soins, en cas de difficulté d'application de la règle des 2/3 des personnels présents en période estivale, il est proposé que soient arrêtées trois périodes de 3 semaines en juillet-août, et que la gestion des congés annuels pendant cette période soit réalisée au niveau du service.

Il conviendra, dans la mesure où les nécessités de fonctionnement de service le permettent, d'autoriser les agents à pouvoir bénéficier, s'ils le souhaitent, d'au moins 3 semaines consécutives durant la période estivale.

Par ailleurs, 4 week-ends consécutifs au cours de ces 3 semaines pourront éventuellement être accordés si les effectifs le permettent.

En ce qui concerne le troisième jour supplémentaire de congé annuel, accordé au titre du fractionnement, il peut être pris jusqu'au 30 avril de l'année suivante, au même titre que les deux jours de congé supplémentaire hors période estivale.

Si une demande de congé accordée, qui ouvrirait droit au jour supplémentaire au titre du fractionnement, n'a pas été honorée pour nécessité de service, l'agent conserve le bénéfice de son jour supplémentaire.

7.2 - Jours fériés

Les jours fériés sont les fêtes désignées comme telles par le décret n°2002.8 du 4 janvier 2002 :

- le 1er janvier,
- le lundi de Pâques,
- le 1er mai,
- le 8 mai,
- l'Ascension,
- le lundi de Pentecôte,
- le 14 juillet,
- l'Assomption,
- la Toussaint,
- le 11 novembre,
- le jour de Noël.

B5

C.A. : A JFF. JB

TITRE 2 : SUIVI DE L'ACCORD LOCAL

ARTICLE 1 - COMITÉ DE SUIVI

Un Comité de suivi et d'évaluation de la RTT est mis en place dans l'établissement.

Il comprend :

- le Directeur,
- les membres de l'équipe de direction concernés,
- le Médecin du Travail,
- un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement,
- un représentant de la Commission du service de soins infirmiers,
- des représentants des organisations syndicales signataires.

Il établira, lors de sa première séance, les modalités de son fonctionnement.

Il est chargé de suivre l'état d'avancement de la mise en oeuvre du présent accord, et notamment de la mise en oeuvre des nouvelles organisations du temps de travail, du suivi de l'évaluation des besoins en personnel et des emplois à créer, et de proposer les mesures d'ajustement nécessaires.

Il sollicitera le groupe technique chargé d'étudier les cycles et horaires des différents services, mis en place précédemment.

Par ailleurs, il suivra l'état d'avancement des travaux des groupes de réflexion à mettre en place sur les réorganisations envisagées :

- Réorganisation en lien avec la mise en place de la RTT des médecins dans les services de soins.
- Le fonctionnement des structures ambulatoires.
- Etude sur la mise en place d'un service de coursiers (laboratoire, pharmacie, magasin général, courrier.....).
- Etude sur l'organisation de l'accompagnement des patients en lien avec les transports.
- Le métier d'ASH.

Par ailleurs, il étudiera les moyens en matériel nécessaires à l'amélioration du fonctionnement des services dans le cadre de la mise en place de la RTT.

Un rapport annuel portant sur l'exercice civil sera présenté aux instances représentatives du personnel (C.T.E. et C.H.S.C.T.).

BT

C.A. JFF. A JIB

ARTICLE 2 - RÉVISION ET AJUSTEMENT DE L'ACCORD

Si l'application de la RTT est effective au 01/01/2002, la mise en place des nouvelles organisations interviendra au 1er avril 2002 (sauf pour les services mentionnés à l'article 5.8 dont la mise en place intervient au 1er mars 2002).

Le présent accord est conclu pour une période indéterminée. Il pourra être révisé par adjonction d'avenants, dès lors que la nécessité s'en fera sentir.

~ ~ ~ ~ ~

BJ

C.A. JFF. A [Signature]

TITRE 3 : LES MOYENS EN PERSONNEL**ARTICLE 1 - ALLOCATION DE MOYENS AU CHGR DE RENNES**

- Moyens attribués par l'A.R.H. (lettre du 20/11/2001) sur la base de :
1 emploi = 237 573 F., soit sur 3 ans 36 217,77 €
- Enveloppe sanitaire :
87,94 emplois = 20 892 170 F., soit 3 184 991 €
- Au titre de l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) :
2,26 emplois = 536 915 F., soit 81 852 €

Une enveloppe complémentaire reste à allouer par l'A.R.H. en février 2002, 15 % de l'enveloppe régionale pour le sanitaire et l'USLD.

Le Conseil Général complètera le financement pour L'USLD.

A ces moyens doivent s'ajouter :

- une enveloppe au titre des heures supplémentaires en 2002,
- un droit de tirage au titre du C.E.T. 2002/2003.

~~~~~

BJ

C.A. J.F. JB

## ARTICLE 2 - LES INCIDENCES DE LA RTT SUR LES MOYENS EN PERSONNEL

Personnels	Nombre	Total
Administratifs (Agent/Adjoint)	7	
Logistiques (OPS Blanchis.-Cuisine)	5	
Kinésithérapie	0,5	
Technicien de Laboratoire - Préparateur en Pharmacie	0,70	
Services de soins (Psychologues.- Assistants sociaux - Psychomotriciens.-Orthophonistes)	8	
	<b>TOTAL</b>	<b>21,20</b>
Services de soins	<b>Année 2002</b>	
Infirmiers	48,6	
Aides-soignants	31,6	
ASH	15,3	95,5
+ 9,25 ETP (nuit) Paiement en heures suppl.		
Services de soins	<b>Année 2003</b>	
Infirmiers	14,25	
Aides-soignants	11,60	
ASH	0,50	26,35
Services de soins	<b>Année 2004</b>	
Infirmiers	9,4	
Aides-soignants	7,60	17,00
	<b>TOTAL</b>	<b>160,05</b>
Renforcement pool infirmiers	2,5	2,5
	<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>162,55</b>

BT

C.A. JFF- A JRB

ARTICLE 3 - LES EMPLOIS CRÉÉS AU TITRE DE LA RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL.

Les emplois créés au titre de la réduction du temps de travail seront intégrés au tableau des emplois de l'établissement.

Dès notification des créations d'emplois par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, l'établissement engagera une procédure de recrutement des nouveaux professionnels.

Les créations d'emplois seront pourvues prioritairement :

- par les agents titulaires et stagiaires désirant augmenter leur temps de travail, mais en liaison avec les besoins du service concerné,
- par les agents contractuels ayant une certaine ancienneté dans l'établissement, dans le respect des qualifications exigées,
- par voie de recrutements nouveaux.



BT

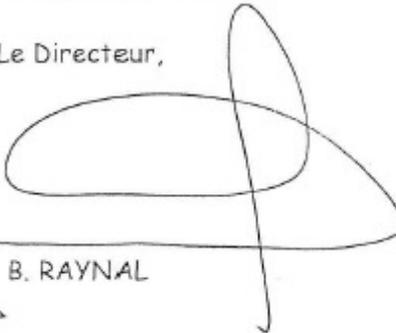
C.A. J.F.F.  
A. JB

L'accord local a été signé entre la Direction et l'organisation syndicale CFDT  
le 8 Février 2002 à 16H.00.

Les signataires

Pour le Centre Hospitalier  
Guillaume Régnier de Rennes,

Le Directeur,



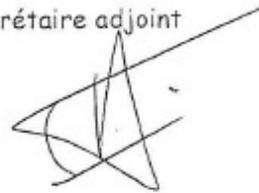
B. RAYNAL

Pour les organisations syndicales  
La CFDT

M. Bernard JUIN  
Secrétaire de section



M. Patrick ARZEL  
Secrétaire adjoint



Mme Roselyne MONNIER  
Permanente



M. Jean-François FERRON



JFF  
A



Négociations avec les Organisations syndicales : Hypothèses de travail de la Direction en matière d'Emploi, de RTT et de Carrières.

Des constats

① Un contexte économique difficile

Déficit annoncé avoisinant les 800 000 € pour 2013

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier s'est doté d'un projet d'établissement 2012-2016 ambitieux pour la prise en charge des usagers dans un contexte économique peu favorable. L'exercice budgétaire 2013 est clôturé avec un déficit de 789 747 € tous budgets confondus. Ce résultat nous contraint d'envisager des mesures pérennes d'économie permettant la mise en œuvre du projet d'établissement accompagné de la volonté de maintenir le volume global des emplois.

② Les emplois augmentent au CHGR

Par catégorie en ETP moyen

Personnel Non Médical	2011	2012	2013	évolution 2011/2013
CATEGORIE A	706	753	810	12.8%
CATEGORIE B*	566	527	508	-10%
CATEGORIE C	966	973	1006	3.97%
	2238	2253	2324	3.70%

\* reclassement professionnel des IDES en catégorie A

Par Corps en ETP moyen

	2011	2012	2013	Evolution 2011/2013
personnels de direction et administ.	169	168	171	1.16%
personnels des services de soins	1780	1780	1845	3.52%
personnels éducatifs et sociaux	77	88	90	14%
personnels médico-techniques	16	17	16	-
personnels techniques et ouvriers	194	200	200	3%

On constate que les effectifs globaux évoluent de façon constante et ce depuis plusieurs années. La structuration de l'emploi est amenée à être modifiée en fonction des besoins nouveaux en termes de compétences. C'est pourquoi quelques postes à l'occasion de départs en retraite pourront être transformés afin de permettre d'en créer de nouveaux. Le volume global de l'emploi sera maintenu.

③ Un avancement de carrière particulièrement favorable et non réglementaire majoré par une neutralisation de la note (19- 21)

Ce dispositif est particulièrement couteux pour l'établissement et ne pourra être maintenu au regard du déficit annoncé sans mettre en péril à terme les emplois.

Il convient par ailleurs de souligner que nombre d'établissements sont revenus à un barème plus étalé (quand ils n'ont pas renoncé à la durée intermédiaire pour revenir à une application stricte des textes).

C'est pourquoi la direction a souhaité engager une négociation avec les partenaires sociaux afin de prendre des mesures adaptées aux contraintes. La volonté est de prendre en considération les différences de rémunération des catégories professionnelles.

④ Trop de contractuels sur postes permanents

Grades et emplois	BUDGET H	BUDGET P Mas	BUDGET B USLD	BUDGET E EHPAD	BUDGET P2 SESSAD	BUDGET P6 ENVOL	TOUT BUDGET
Infirmier	71	9	1	6			87
A S	15	37	14	15			81
A S H	43	18	9	11			81
ASH	10						12
Divers	43	2	1		1	2	49
TOTAL	182	68	25	32	1	1	310

Les contraintes budgétaires freinent les titularisations au regard des règles en place. Si nous souhaitons maintenir le niveau des emplois sur ces structures, il est impératif de générer des économies permettant le financement des titularisations tout en maintenant une possibilité de remplacement. Cela ne peut s'envisager qu'en se rapprochant du cadre réglementaire, et ce de deux façons :

- ⇒ D'une part en reconsidérant les règles d'avancement d'échelon
- ⇒ D'autre part en réintégrant une pondération dans la notation par le biais de l'évaluation sur la base de critères objectifs en lien avec les missions des professionnels.

⑤ Des efforts ont été réalisés ces dernières années concernant les concours en vue de stagiarisation

LIBELLE	2010	2011	2012	2013	2014
personnels administratifs.	4	13	-	17	20
personnels des services de soins*	3	26	13	37	16
personnels éducatifs et sociaux	-	3	1	-	4
personnels médico-techniques	4	-	1	1	-
personnels techniques et ouvriers	-	13	1	1	18
TOTAUX	11	55	16	56	58

\*hors AS et IDES

Ces constats conduisent la direction à étudier des mesures visant au maintien des emplois au CHGR et à l'équilibre financier.

Des hypothèses de la direction du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

1. Trois Hypothèses en matière d'organisation du temps de travail et de RTT

Piste de travail	Nombre de jours RTT	Organisation horaire de la journée en horaires fixes	Organisation de la journée en horaires variables	Organisation de la nuit en horaires variable
1	15	7h30	7h30	10h
2	13	7h26	7h26	10h
3	10	7h20	7h20	10h20

❖ Pour les unités d'Hospitalisations à repos variables

→ 10 jours de RTT : Passage en 7h20 de jour et nuit en 10h20

Avec une organisation de soins qui pourrait s'organiser ainsi :

Maintien de 15 min les matins et soirs passage à 30 min les transmissions de mi journée.

Matin: 6h55 → 14h15 Soir: 13h45 → 21h05 Nuit: 20h50 → 7h10	A noter dans cette hypothèse une dérogation à la durée du temps de travail de nuit. Avantage temps de transmissions de 30 mns en journée sans générer d'heures supplémentaires
------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

→ 13 jours de RTT : Passage en 7h26 et nuit de 10h

Matin: 6h45 → 14h11 Soir: 13h49 → 21h15 Nuit: 21h → 7h	A noter dans cette hypothèse une augmentation de la durée du travail de nuit qui passe à 10h. Pas de modification des temps de transmissions donc poursuite des heures supplémentaires sauf à revoir l'organisation des transmissions.
--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Négociations avec les Organisations syndicales : Hypothèses de travail de la Direction en matière d'Emploi, de RTT et de Carrières.

→ **15 jours de RTT : Passage en 7h30 et nuit de 10 h**

<p>Matin: 6h45 → 14h15 Soir: 13h45 → 21h15 Nuit: 21h → 7h</p>	<p>A noter dans cette hypothèse une augmentation de la durée du travail de nuit qui passe à 10h. Avantage temps de transmissions de 30 mns en journée sans générer d'heures supplémentaire</p>
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

❖ **Pour les Personnels soignants à repos fixes, les services administratifs ; techniques ; médico techniques :**

Les trois scénarii seront déclinés en organisation de travail secteur par secteur en fonction des nécessités de service. Les organisations de travail proposées devront intégrer une amplitude d'ouverture des services répondant aux besoins.

❖ **Pour les services logistiques :**

Les horaires seront déterminés selon les scénarii au sein des secteurs d'activités.

### 2. Trois hypothèses en matière de déroulement de carrière.

La direction formule trois pistes alternatives de modification des avancements de carrière. Elle propose également l'instauration du système de notation différenciée en fonction des entretiens individuels annuels, afin de mieux correspondre aux engagements des professionnels, à leurs projets et aux moments de leur vie professionnelle.

durée échelon moyen	Avancement à la durée minimum	hypothèse A intermédiaire = 1/2 du mini	Hypothèse B Intermédiaire (1/3 du mini)	Hypothèse C intermédiaire = moyenne
24 mois	-6	-3	-2	24 mois
30 mois	-7.5	-3.5	-2.5	30 mois
36 mois	-9	-4.5	-3	36 mois
48 mois	-12	-6	-4	48 mois
54 mois	-13.5			54 mois

Il convient de souligner dans le cadre de la négociation, qu'une approche différenciée pourra être opérée selon les échelles de rémunération des agents.

### 3. Trois hypothèses en matière de plan de stagiarisation

- La mise en stage de 150 agents sur trois ans, avec une vague de mises en stage IDE, AS et ASH dès la première année
- La mise en stage de 150 agents en **quatre ans** ou en **cinq ans**, avec une priorité donnée aux aides soignants et aux ASH.
- La mise en stage de 60 agents en trois ans

## Un projet social en marche

### Axe 1 Promotion d'un dialogue de Qualité

Malgré un contexte difficile depuis deux ans un certain nombre de dossiers ont pu être travaillés entre la direction et les organisations syndicales. Les règlements intérieurs des instances ont été rédigés en concertation, les rencontres entre direction et organisations syndicales sont régulières.

- **Un travail est enclenché sur les règles de gestion du temps de travail** dont un volet devrait prochainement être présenté en CTE. Par ailleurs, la DRH rencontre régulièrement à la demande, les syndicats pour traiter des cas particuliers.

- Les **jours d'accueil des nouveaux arrivants** ont été réactualisés.

Il reste bien sûr de nombreux dossiers à ouvrir, mais la direction est ouverte et prête à travailler avec les partenaires sociaux sur des règles préalablement établies.

- **Un financement a été obtenu cette année auprès de l'ARS** afin de relancer une dynamique de tutorat des professionnels de santé.

Une réflexion va être très prochainement engagée avec l'encadrement, notamment sur les conditions de mise en œuvre de la permanence de l'encadrement le week-end.

### Axe 2 : Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. (GPMC)

L'évolution de la politique de santé, l'élaboration du projet médical d'établissement font émerger des **besoins nouveaux** en termes de compétences au sein du centre hospitalier Guillaume Rénier.

La GPMC doit **faciliter la promotion professionnelle** des agents souhaitant voir leur carrière évoluer dans le cadre d'une meilleure gestion de l'anticipation des départs sur le moyen terme.

Pour ce faire la DRH se dote d'outils permettant de favoriser cette mise en place : Tableaux de bord, **Installation de l'outil GESFORM GPMC** dont le déploiement est prévu pour cette année.

Cet outil devra permettre d'améliorer le processus de recensement des métiers, de définir précisément leur contours et les compétences attendues dans le but de permettre aux professionnels de bénéficier **d'une évaluation objective au regard d'activités précisément définies**, mais aussi de construire **un projet de formation plus adapté aux besoins individuels des agents** pour accomplir leurs missions.

L'objectif poursuivi est de mieux accompagner les professionnels sur leur parcours individuel.

### Axe 3 : Améliorer la qualité de vie au travail

- **Un effort confirmé concernant le maintien dans l'emploi des personnels.**
- **Une convention a été renouvelée en octobre dernier avec le FIPHFP** visant à accompagner les professionnels en reconversion professionnelle. Un travail mené en concertation étroite avec le service de santé au travail et les assistantes sociales du personnel.
- Un **ergonome** va être prochainement recruté afin de renforcer le dispositif.
- Le **document unique** a fait l'objet d'une actualisation. Un plan d'actions est mis en place et sera prochainement présenté au CHSCT.
- **Une formation sur la prévention des risques psychosociaux** va être engagée pour le CHSCT et les professionnels dans les mois à venir.
- **Ouverture de 5 places de crèche dès le mois d'Avril sur Thorigné Fouillard. La direction finalise un accord pour réserver 5 places à la crèche Babilou qui va très prochainement ouvrir.** (Prendre renseignements auprès de Mme Orvoen assistante sociale du personnel poste : 6084).



# La Lettre

N° 253 – SEPTEMBRE 2014

---

## Garantir la mise œuvre du Projet d'Établissement grâce au maintien des équilibres budgétaires

---

### DES MESURES RENDUES INDISPENSABLES

Durant la période difficile que nous vivons au CHGR, je souhaite m'adresser à chacun d'entre vous, comme je m'y étais engagé, pour vous faire part de la situation de notre établissement et des mesures contraintes nécessaires à son équilibre budgétaire de moyen terme, sans lequel l'avenir ne peut être garanti.

Comme vous le savez, **le CHGR a adopté, en avril 2013, un projet d'établissement 2012-2016 ambitieux.** Ce dernier vise à répondre aux besoins de la population en réorganisant l'offre de soins et en développant les alternatives à l'hospitalisation, mais aussi en améliorant, au plan architectural, la qualité et la sécurité de l'accueil et les conditions de travail.

**Dans le cadre budgétaire national contraint et du fait des perspectives financières difficiles au plan régional,** le CHGR se doit d'adopter les mesures permettant de maintenir les équilibres budgétaires afin :

- de garantir la réalisation du projet d'établissement, et notamment le projet social, dans les délais,
- d'assurer la qualité de la prise en charge des patients,
- de travailler à la sécurisation des emplois.

Après plusieurs exercices se clôturant sur un résultat déficitaire et du fait de l'absence d'actualisation de la base budgétaire du CHGR au titre de 2014, il y a nécessité de prendre des mesures s'inscrivant dans **une logique de**

préservation des moyens de fonctionnement, ceci afin **d'assurer la qualité de la prise en charge des patients et des résidents.**

Ces mesures visent à préserver l'équilibre financier, indispensable à la stabilisation des ressources humaines de notre Hôpital, et doivent également permettre **l'accélération des mises en stage des contractuels** sur postes permanents, afin de contribuer à la sécurisation des parcours professionnels. Des efforts importants ont déjà été engagés à ce titre, avec l'organisation de nombreux concours professionnels.

### LA VOLONTE DE NEGOCIER

Dès le 14 janvier 2014, j'ai initié une démarche de négociation avec les syndicats représentant les personnels non médicaux du CHGR sur les thèmes suivants :

- ♦ refonte de l'accord local sur l'aménagement du temps de travail (durée du travail de jour, de nuit, et nombre de jours RTT)
- ♦ déroulement des carrières et notations,
- ♦ évolution des effectifs permanents et des moyens de remplacement,

J'ai fait part à cette occasion de ma **volonté d'engager la négociation avec les partenaires sociaux** selon une méthodologie préalablement définie sur une période de 6 mois, de janvier à fin juin 2014. J'ai ainsi proposé la constitution d'un groupe de travail composé de représentants des personnels et de membres de la direction. Plusieurs scénarios combinant les différentes

mesures à l'étude ont été présentés aux organisations syndicales dans ce cadre.

**Un bilan d'étape avait été programmé aux instances d'avril (CHSCT et CTE).** Ces dernières n'ont pu se tenir, les organisations syndicales n'ayant pas souhaité siéger dans la mesure où ces thèmes de négociation étaient inscrits à l'ordre du jour.

**Au total, 7 réunions entre la direction et les représentants des organisations syndicales ont eu lieu.** Le 13 mai 2014, ces derniers m'ont fait part, en présence de membres du personnel, de leur volonté de ne plus participer aux négociations, en refusant la mise en œuvre de toute mesure d'équilibre budgétaire en dépit du déficit prévisionnel annoncé de 2M€ à horizon fin 2014.

Après avoir tenté sans succès de renouer le dialogue avec les partenaires sociaux et de reprendre le processus de négociations, **j'ai inscrit à l'ordre du jour des instances consultatives (CHSCT et CTE) de juin 2014** des propositions de refonte de l'accord ARTT et de modification du barème d'avancement d'échelons. Ces instances ont également été empêchées.

**Le 16 septembre, une nouvelle fois, le Conseil de Surveillance n'a pu se tenir.** Les membres de l'assemblée ont été pris à partie et il a été constaté des comportements déplacés que je condamne vivement et qui n'ont certainement pas leur place au sein d'un dialogue social qui se veut responsable.

## DECISIONS ARTT ET CARRIERES

Confronté à l'impossibilité de concertation, j'ai pris, le 8 juillet 2014, des décisions strictement identiques aux propositions soumises pour avis aux CHSCT et CTE de juin :

- ♦ **Aménagement du temps de travail** : préservation de 15 jours de RTT par an pour 37h30 de travail hebdomadaire, au lieu de 38h20 actuellement.
- ♦ **Modification du barème d'avancement d'échelons** :
  - ☛ Pour les catégories A et B : avancement à la durée moyenne,

- ☛ Pour les catégories C : avancement à la durée moyenne réduite du tiers de la bonification de l'avancement à la durée minimale.

En l'absence de possibles négociations, j'ai personnellement souhaité graduer la mesure vis-à-vis des catégories C, afin de préserver autant que faire se peut leur pouvoir d'achat.

Grace à ces décisions, les marges budgétaires générées permettront notamment de **financer les mises en stages** (plus de 200 sur les années 2015 à 2017) et de réduire le délai de titularisation stabilisant ainsi des emplois pérennes. **Je m'engage à ce que ce plan connaisse un début d'effet dès les CAPL de décembre 2014.**

## DIALOGUE SOCIAL ET VALORISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS

**Je souhaite retisser les fils du dialogue social.**

L'objectif recherché en 2015 sera de **valoriser les parcours professionnels et compétences individuelles**, et de mieux reconnaître les qualités professionnelles des agents.

Ce dispositif s'articulera avec le processus de mise en œuvre de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences (GPMC), déjà engagé dans l'établissement.

**J'ai conscience, dans une conjoncture difficile, de l'importance de l'effort qui vous est demandé. Mais je tiens à dire, avec force, à chacun et chacune d'entre vous, que les mesures prises le 8 juillet dernier sont absolument indispensables pour maintenir à terme les emplois existants, sécuriser les parcours professionnels et plus globalement garantir la qualité des prises en charge des patients et résidents accueillis au CHGR.**

Le Directeur



B. GARIN

SOULAS

Claude

Décembre 2014

## Elève Directeur d'Hôpital

Promotion 2013-2015

### Le dialogue social à l'hôpital : du « dialogue de sourds » à la co-construction gagnante

#### **Résumé :**

Garantir, entretenir et nourrir le dialogue social, dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint où les marges de manœuvre se restreignent, est un exercice délicat qui représente un enjeu majeur pour l'hôpital, ses usagers et ses professionnels.

Le défi pour les établissements publics de santé est en effet d'assurer un niveau de prise en charge répondant aux besoins de la population en garantissant la qualité et la sécurité des soins, la qualité de vie au travail, l'efficacité économique et la performance sociale.

Ce mémoire a pour ambition de réaliser un état des lieux de la réalité du dialogue social à l'hôpital qui permette d'en identifier les facteurs d'influence.

Les entretiens avec différents acteurs et l'actualité du Centre Hospitalier Guillaume Régnier, en pleine remise en question de son accord local RTT et révision des modalités d'avancement d'échelon, ont nourri les réflexions sur ce que pourraient être les pistes de sa rénovation au regard des contraintes et des enjeux, pour que le dialogue social, dans toutes ses acceptions, ne reste pas qu'un vœu pieu et prenne tout son sens.

**Mots clés :** dialogue social – information – consultation – concertation – négociation – relations sociales - partenaires sociaux.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*