



Université de Rennes I

Faculté de droit et de science politique

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Master – droit de la santé

Parcours droit et éthique des professions et des institutions de la santé

# **L'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints : entre élément de modernité et outil de modernisation**

Valentin CABARRUS

Septembre 2019

## **Jury :**

Directrice de mémoire : Mme Laetitia LAUDE, Professeur de l'EHESP

Suffragant : Mme Catherine KELLER, enseignant-chercheur à l'EHESP, directeur d'hôpital





Université de Rennes I

Faculté de droit et de science politique

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Master – droit de la santé

Parcours droit et éthique des professions et des institutions de la santé

# **L'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints : entre élément de modernité et outil de modernisation**

Valentin CABARRUS

Septembre 2019

## **Jury :**

Directrice de mémoire : Mme Laeticia LAUDE, Professeur de l'EHESP

Suffragant : Mme Catherine KELLER, enseignant-chercheur à l'EHESP, directeur d'hôpital

La faculté de droit et l'école de la santé n'entendent donner ni approbation, ni improbation aux propos qui demeurent ceux de son auteur.

## **Remerciements**

Je remercie madame Laetitia Laude, pour l'encadrement prodigué dans le cadre de la direction de ce mémoire.

Je remercie madame Catherine Keller, dont l'aiguillage juridique et le regard porté sur le sujet m'ont été d'une grande aide.

Je remercie madame Aurore Latournerie, pour m'avoir permis d'appréhender les rouages du fonctionnement d'un établissement public de santé.

Je remercie monsieur Thibaut Tenailleau, de m'avoir démontré avec brio la multitude d'enjeux et de responsabilités qu'implique la fonction de directeur d'établissement de santé.

Je remercie également tous les directeurs rencontrés lors d'entretiens pour leur disponibilité, leur implication et la pertinence de leurs réponses.

Enfin, je tiens à remercier mes proches, pour leurs relectures, leurs conseils, mais surtout leur patience tout au long de cette année.

# Sommaire

## **Partie I – Une transformation de l'évaluation des directeurs d'hôpital due aux exigences de la conception moderne de la fonction publique**

Chapitre 1 – La mise en place d'un mécanisme d'évaluation moderne

Chapitre 2 – L'octroi d'un outil de valorisation du corps des directeurs au sein des établissements publics de santé

## **Partie II – Une modernisation de la gestion publique rendue possible par l'évaluation**

Chapitre 1 – Un outil à même d'accompagner les transformations de l'établissement public de santé

Chapitre 2 – Un instrument enclin à fonder une gestion du corps de directeur d'hôpital plus aboutie

## Introduction

« Une fonction publique de carrière structurée autour des valeurs du service de l'intérêt général est un bien collectif ainsi qu'un élément de l'identité et de la cohésion de la France. L'exigence renouvelée de performance des administrations et l'évolution des attentes de la société et des agents publics nous invitent cependant à revisiter, à grande échelle, les perspectives d'avenir de la fonction publique Française ». Cette observation du Conseiller d'Etat Jean-Ludovic Silicani tirée du préambule de son livre blanc sur l'avenir de la fonction publique exprime un point de vue partagé par nombre de rapports parlementaires parus aux abords des années 2000 concernant l'état de la fonction publique. Ce constat est celui d'une fonction publique souffrant d'un certain nombre de rigidités l'empêchant de s'adapter aux évolutions sociétales et de réaliser ses missions de service public dans les meilleures conditions. Parce qu'elle semble mettre en lumière les carences de la machine étatique, cette situation entraîne une perte de légitimité et un questionnement sur le rôle de la fonction publique, et les modalités d'intervention de l'Etat. Y remédier devient dès lors indispensable à la pérennité de nos institutions.

Dans cette optique, un projet a pris forme dans l'esprit et dans les mots du législateur : la modernisation de la fonction publique. Une modernisation vise à rendre conforme aux attentes sociétales actuelles, l'élément sur lequel elle porte. Appliquée à la fonction publique elle implique de repenser son fonctionnement, de s'interroger sur son rôle et sur ce que les citoyens attendent d'elle. Un vaste mouvement de réorganisation de l'action des différentes administrations mais également de la gestion et de la manière de servir des fonctionnaires est alors mis en route. Symbolisé sur le plan sémantique par la loi du 2 février 2007 de « modernisation de la fonction publique », cette restructuration est en réalité un chantier continuellement engagé par les pouvoirs législatifs et exécutifs. Si on s'en fie au lexique employé, cette entreprise semble aujourd'hui être passée à un nouveau stade avec le projet de loi de « transformation de la fonction publique » du 14 février 2019. Régulièrement présent dans le débat public, cet objectif a encore été récemment évoqué par le chef de l'Etat à propos de la haute fonction publique. De son propre aveu, elle « ne pourrait être tenue à l'écart d'une modernisation indispensable »<sup>1</sup>. Cette phrase du Président de la République Emmanuel Macron s'inscrit dans son projet de réformation, voire de suppression de l'Ecole Nationale d'Administration. Derrière le symbole, cette mesure entend modifier le mode de recrutement, de gestion et d'avancement des hauts fonctionnaires de l'Etat. Cela illustre le fait que beaucoup de mesures destinées à moderniser l'action publique se traduisent en pratique par une réforme du statut, des prérogatives ou des missions des agents publics.

---

<sup>1</sup> Conférence de presse présidentielle à l'issue du grand débat national – propos liminaires, 25 avril 2019.

Le mouvement de modernisation engagé passe en partie par la promotion de nouveaux principes tels que l'efficacité et l'efficience de l'action publique. A travers eux, l'administration se voit désormais attribuer des objectifs concrets et parfois chiffrés. Une nouvelle forme d'exigence concernant son rendement apparaît. Pour s'assurer de la mise en œuvre de ces nouveaux principes, une place nouvelle est donnée à l'outil de l'évaluation. Pour Françoise Raynal et Alain Rieunier, évaluer signifie « *examiner le degré d'adéquation entre un ensemble d'informations et un ensemble de critères adéquats à l'objectif fixé, en vue de prendre une décision* ». L'évaluation aurait alors pour finalité « *d'attribuer une valeur à quelque chose, à un évènement, à une situation ou un individu*<sup>2</sup> ».

On peut faire remonter la notion d'évaluation de l'action publique à la Révolution Française. Si le terme « d'évaluation » n'est pas encore présent, on inscrit déjà dans l'idée d'un droit de regard et de suivi des citoyens vis-à-vis de l'utilisation des deniers publics. L'article 14 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen dispose à cet égard que « *tous citoyens ont le droit de constater, par eux-mêmes ou par leurs représentants, la nécessité de la contribution publique [...] d'en suivre l'emploi* ». Bien des années plus tard, la révision constitutionnelle de 2008 inscrira pour la première fois dans le corps de la Constitution le concept de l'évaluation. En vertu de l'article 24 de la Constitution, le Parlement est désormais tenu d'évaluer les politiques publiques, et à travers elles toute l'action des administrations.

Au sein de la fonction publique, l'évaluation peut porter sur différents types de cibles. L'une des formes d'évaluation les plus associées au mouvement de modernisation de la fonction publique est celle s'appliquant aux politiques publiques. On peut considérer cette évaluation comme une « *phase réflexive au cours de laquelle l'Etat ou d'autres acteurs publics et privés produisent un jugement sur les décisions prises et les résultats des politiques conduites en termes d'efficience, d'efficacité et de légitimité* »<sup>3</sup>. Elle se caractérise notamment par des audits comptables et des études d'impact. En ce sens, depuis la loi organique du 15 avril 2009, tout projet de loi doit obligatoirement être accompagné d'une étude d'impact. Auparavant, la loi organique relative aux lois de finances de 2001<sup>4</sup> avait instauré dans le corpus constitutionnel des indicateurs de performance et une obligation d'évaluation des recettes budgétaires d'une année sur l'autre<sup>5</sup>.

Ce type d'évaluation peut également s'établir à l'échelle d'une administration ou d'un établissement et se concentrer sur la mise en place d'un ensemble de mesures sectorielles. Dans ce

---

<sup>2</sup> F. RAYNAL, A. RIEUNIER, *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés, apprentissage, formation, psychologie cognitive*, ESF, 10<sup>e</sup> édition, 2012.

<sup>3</sup> *Lexique de Sciences politiques*, Dalloz, 2017.

<sup>4</sup> Loi organique n°2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances

<sup>5</sup> Article 7 et 34 de la LOLF.



cas de figure, l'évaluation tend à être prise en charge par la Cour des comptes, un corps d'inspection spécialisé ou bien une autorité administrative indépendante.

Enfin, l'évaluation peut porter sur les agents qui composent ces administrations. La majorité d'entre eux étant des fonctionnaires, ils sont placés dans une situation légale et réglementaire, déterminée par le statut général de la fonction publique de 1983<sup>6</sup> et les statuts particuliers<sup>7</sup>. Leur mode d'évaluation fait partie des règles fixées par ce corpus juridique et peut prendre plusieurs formes.

Historiquement, c'est la notation qui faisait office de modèle de référence pour apprécier la valeur professionnelle des fonctionnaires. Elle consiste en l'attribution par le supérieur hiérarchique direct d'une note, fixée selon des critères préétablis par le législateur. Cependant, notamment dans un souci de modernisation de la gestion des ressources humaines au sein de la fonction publique, le législateur a progressivement encouragé puis instauré un nouvel outil d'évaluation dans certains corps de fonctionnaires. Cet outil est l'entretien annuel d'évaluation. Toujours conduit par le supérieur hiérarchique direct, il porte sur les résultats professionnels, les besoins de formation et les perspectives d'évolution du fonctionnaire. Selon Dominique Volut, l'entretien d'évaluation du fonctionnaire a pour principal enjeu de dresser un bilan de la période écoulée et de définir des objectifs de résultats et de performance pour la période à venir<sup>8</sup>. La promotion de ce nouvel outil s'est accompagnée d'une disparition progressive de la notation, achevée par la promulgation à venir de la loi de transformation de la fonction publique<sup>9</sup>. Le mode d'appréciation de la valeur professionnelle s'est donc transformé, et le terme « d'évaluation » s'est substitué à celui de « la notation ». Ainsi, on parle aujourd'hui d'évaluation des fonctionnaires, par opposition à la notation, pour désigner ce processus évaluateur composé d'un entretien annuel avec fixation d'objectifs et d'une appréciation globale de la manière de servir du fonctionnaire, sans attribution d'une note.

En parallèle de ce mouvement global de modernisation à l'échelle de la fonction publique, les établissements publics de santé ont également connu leurs lots de transformations. Que ce soit au niveau de leur organisation, leur gouvernance ou leurs missions, ces changements vont dans le sens d'une responsabilisation et d'un contrôle accru en termes d'efficacité. Pour s'assurer de la mise en œuvre de ces objectifs, l'évaluation est encore une fois un outil privilégié. Concernant les activités de soins, la systématisation de la procédure d'accréditation par les ordonnances Juppé de 1996<sup>10</sup>, devenant par la suite la certification en est un exemple. En effet, elle se caractérise par une double

---

<sup>6</sup> Article 17 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, loi dite loi Le Pors

<sup>7</sup> Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 pour la fonction publique de l'Etat, loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 pour la fonction publique territoriale et loi n°86-33 du 9 janvier 1986 pour la fonction publique hospitalière

<sup>8</sup> VOLUT Dominique, « Le remplacement de la notation par l'entretien individuel : un coup d'épée dans l'eau ? », *Actualité juridique fonctions publiques*, 2013, page 307

<sup>9</sup> Article 10 du projet de loi de transformation de la fonction publique du 14 février 2019

<sup>10</sup> Titre II de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

évaluation. Une première évaluation, interne, réalisée par l'établissement ou une société d'audit et une seconde évaluation, externe, menée aujourd'hui par la Haute Autorité de la Santé.

En outre, les modifications apportées aux modes de financement des établissements de santé ont également participé à ce changement de paradigme. Le passage de l'allocation d'une dotation globale à la tarification à l'activité opéré en 2005 pour une partie de ces établissements ayant modifié l'appréhension financière de leurs activités de soins. En effet, la mise en place de la tarification à l'activité combinée à la généralisation de l'organisation des hôpitaux en pôles d'activité<sup>11</sup> a donné une importance nouvelle au département de l'information médicale, créé en 1989<sup>12</sup>. Ce département dirigé par un « médecin DIM », est en charge du traitement, de la conservation et de l'interprétation des données liées à l'activité médicale de l'établissement. En « codant » tous les actes de soins réalisés, on peut considérer que les établissements de santé procèdent à une auto-évaluation continue. Une sorte d'introspection permanente, réalisée à l'occasion des multiples réunions dédiées au contrôle de l'activité. De ce fait, l'évaluation, sous toutes les différentes formes qu'elle peut prendre, est un élément incontournable de la vie de ces établissements.

De plus, la modernisation des hôpitaux s'est également illustrée par un renforcement du rôle du directeur d'hôpital. Désireuse de donner à l'hôpital public « un patron <sup>13</sup>», la loi du 21 juillet 2009<sup>14</sup> a augmenté ses prérogatives et ses responsabilités et par extension celles des directeurs adjoints. En vertu de l'article L.6143-7 du code de la santé publique, le directeur « *conduit la politique générale de l'établissement* ». Il dispose d'une compétence générale, d'une autorité sur l'ensemble du personnel, et est le représentant légal de l'établissement dans tous les actes de la vie civile. Dans le même temps, le contrôle de l'Agence Régionale de la Santé s'est étendu aux actes entrepris dans le cadre de cette compétence générale. Par conséquent, la supervision de l'Agence Régionale de la Santé porte aujourd'hui autant sur l'atteinte des objectifs fixés aux établissements, que sur la manière d'agir des directeurs d'hôpital.

Les directeurs d'hôpital ayant pris une place prépondérante au sein d'établissements de plus en plus contrôlés, il apparaît logique de s'intéresser à leur mode d'évaluation. Selon une communication du Centre National de Gestion datant du 16 mars 2010, concernant l'évaluation des directeurs de la fonction publique hospitalière, « *ces évolutions institutionnelles et organisationnelles impliquent une nouvelle dynamique de gestion des personnels de direction qui passe [...] par des procédures innovantes d'évaluation sur objectifs et performance* ». Ainsi, le régime de l'évaluation

---

<sup>11</sup> Ordonnance N° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

<sup>12</sup> Circulaire DH/P.M.S.I n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics.

<sup>13</sup> Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital, à Neufchâteau le 17 avril 2008.

<sup>14</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

des directeurs d'hôpital semble avoir bénéficié de la double influence du mouvement de modernisation de la fonction publique, et de celle des établissements publics de santé.

Dans ce contexte, l'étude de l'évaluation des directeurs d'hôpitaux semble nous offrir une clé de lecture atypique des réformes ayant touché la fonction publique hospitalière. Ce mécanisme d'évaluation est actuellement détaillé par deux décrets du 2 août et du 1<sup>er</sup> septembre 2005<sup>15</sup>. En vertu de ces derniers, les personnels de direction des hôpitaux font l'objet d'une évaluation annuelle, qui détermine notamment l'attribution du régime indemnitaire et l'inscription au tableau d'avancement. Elle se traduit par un entretien annuel et vise à formuler une appréciation générale sur les compétences, la manière de servir et les résultats obtenus ainsi que l'aptitude à exercer les fonctions de directeur. Si le schéma de l'évaluation est le même pour tous les personnels de direction, la personne en charge de l'évaluation diverge entre les directeurs généraux et les directeurs adjoints. En effet, l'entretien d'évaluation des directeurs généraux est conduit par le directeur général de l'Agence Régionale de la Santé tandis que l'entretien d'évaluation des directeurs adjoints est mené par le directeur général de l'établissement de santé dans lequel il officie.

Pour traiter au mieux l'outil évaluateur et éviter les digressions concernant les rapports entre l'Agence Régionale de la Santé et les établissements de santé nous ferons le choix de nous concentrer sur l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints. Cette étude s'inscrira donc dans le cadre de la relation entre le directeur général évaluateur et le directeur adjoint évalué, ce qui nous permettra d'envisager l'évaluation dans ses différentes dimensions. A la fois en tant qu'examen « subi » par les directeurs adjoints et en tant que processus instruit par les directeurs généraux.

Afin de mener à bien cette étude et enrichir ma réflexion par des retours concrets, j'ai réalisé quatre entretiens, allant de 45 minutes à une heure, auprès de directeurs d'hôpital aux profils variés. Trois d'entre eux sont toujours en poste en tant que directeur adjoint, et le quatrième, aujourd'hui retraité, a exercé la majeure partie de sa carrière en tant que directeur général de plusieurs centres hospitaliers d'importance. Ils ont tous en commun d'avoir expérimenté le dispositif actuel d'évaluation des directeurs, soit en tant qu'évalué, soit en tant qu'évaluateur. A travers la grille d'entretien ci-annexée, j'ai eu la chance de les interroger sur leur perception et leur expérience de l'évaluation. J'en ai profité pour évoquer une thématique telle que la rémunération au mérite, que le système actuel d'évaluation tend à promouvoir ou encore les perspectives d'évolution du dispositif.

---

<sup>15</sup> Décret n°2005-6921 du 2 août portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 et décret n°2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre relatif à l'évaluation des personnels de direction et des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986.

L'ensemble de ces éléments nous pousse ainsi à aborder l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints à travers le prisme de cette modernisation et de son influence sur l'outil de l'évaluation. Dans un domaine tel que la fonction publique hospitalière en proie aux changements, rénovations ou transformations engendrant diverses tensions, l'étude de l'évaluation des directeurs au sein des hôpitaux nous permet de nous demander si le mécanisme actuel est l'outil adéquat pour s'adapter voire encourager ce mouvement de modernisation.

En ce sens, le cheminement parcouru par le mode d'appréciation de la valeur professionnelle des directeurs d'hôpital en fait tout d'abord un élément de modernité. L'évolution du système d'évaluation des directeurs d'hôpital adjoint apparaît comme le reflet d'une mise en conformité des principes de l'évaluation avec ceux qui sous-tendent le modèle actuel de la fonction publique (Partie I). Fort de cette transformation, l'outil de l'évaluation peut également se muer en instrument de modernisation. L'évaluation est en effet une des bases sur laquelle peut se fonder le législateur pour accompagner, soutenir et amplifier son entreprise de modernisation de la gestion publique (Partie II).

# **Partie I – Une transformation de l'évaluation des directeurs d'hôpital due aux exigences de la conception moderne de la fonction publique**

Le mode d'appréciation de la valeur professionnelle des directeurs d'hôpital a connu de profonds changements. Au prix de dizaines d'années de réflexions et autant de rapports publics ou réformes législatives sur le sujet, leur évaluation obéit désormais à un mécanisme conforme aux exigences actuelles en termes de gestion publique des ressources humaines (Chapitre 1). Tout au long de cette transformation, le législateur s'est efforcé de replacer l'agent évalué au centre du dispositif. Ce faisant, l'évaluation est devenue pour les directeurs adjoints un élément de mise en valeur et de considération du travail qu'ils accomplissent (Chapitre 2).

## **Chapitre 1 – La mise en place d'un mécanisme d'évaluation moderne**

La lecture du mécanisme actuel d'évaluation des directeurs d'hôpital adjoint ne peut être séparée de celle du cheminement législatif qui est parti de la notation pour arriver à l'évaluation par entretien annuel. En effet, l'évaluation s'est en partie construite en réponse aux différents maux apparus à travers la pratique de la notation (Section 1). La modernisation du processus d'évaluation fut également une voie d'insertion des principes du nouveau management public au sein de la gestion publique des ressources humaines.

### **Section 1 – Le passage de la notation à l'évaluation : une réponse juridique aux problématiques nées de la pratique de la notation**

Afin de percevoir au mieux l'articulation du système actuel d'évaluation, il convient de présenter les grandes étapes de l'évolution législative dont il est le résultat (§ 1). Cet examen nous permettra ensuite d'appréhender les reproches faits à la notation auxquels l'évaluation s'est donnée pour mission de remédier (§ 2).

#### **§ 1 – L'évolution du cadre juridique, de la notation vers l'évaluation**

Le dispositif actuel d'évaluation des directeurs d'hôpital est le fruit d'une succession de réformes législatives. Pour mieux comprendre la singularité et le cheminement effectué jusqu'à ce dispositif, il convient de faire un point sur l'historique de la notation et de l'évaluation au sein de la fonction publique (A). Nous examinerons par la suite, l'évolution législative propre au corps de directeurs d'hôpital (B).

#### **A) La notation et l'évaluation dans la fonction publique**

##### **1. La mise en place d'une notation unique ( 1959 – 2002)**

L'un des premiers textes juridiques faisant mention d'un système de notation conçu pour les membres de la fonction publique est l'ordonnance du 4 février 1959 relative au statut général des fonctionnaires. Son article 24 énonce le principe selon lequel « *il est attribué, chaque année, à tout*

*fonctionnaire en activité ou en service détaché, une note chiffrée, suivie d'une appréciation générale, exprimant sa valeur professionnelle* ». Le pouvoir de notation revenant au chef de service. Le principe étant posé, un décret du 14 février 1959 relatif aux conditions générales de notation et d'avancement des fonctionnaires se charge d'en préciser la mise en œuvre. En effet, l'article 2 du décret prévoit une note chiffrée selon une cotation allant de 0 à 20 qui sera l'une des principales données prises en compte pour l'établissement du tableau d'avancement du fonctionnaire.

Par la suite, le principe de la notation des fonctionnaires sera repris et inscrit dans le texte qui fait encore aujourd'hui office de fondement législatif au statut général de la fonction publique : la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. L'article 17 de la loi reprend le principe d'une notation à travers l'attribution d'une note et d'une appréciation générale, tout en prévoyant la possibilité pour les statuts particuliers de déroger à ce système de notation. Le principe de la notation sera enfin inscrit à l'article 65 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, en se référant à l'article 17 du statut général de 1983.

A ce stade, la notation est donc présentée comme le système de référence pour retranscrire la valeur professionnelle du fonctionnaire et déterminer une part importante de sa progression au sein du tableau d'avancement. Si des possibilités de déroger au principe sont évoquées, aucun autre système de notation ou d'évaluation n'est mentionné par le législateur.

## 2. L'introduction d'un entretien professionnel annuel (2002 – 2007)

Le décret du 29 avril 2002 relatif aux conditions générales d'évaluation, de notation et d'avancement des fonctionnaires de l'Etat marque une étape importante dans l'histoire de l'évaluation des fonctionnaires en lui donnant une base juridique. Notamment inspiré par les conclusions du rapport du Comité d'enquête sur le coût et le rendement des services publics de juillet 2001, il dispose pour la première fois que « *les fonctionnaires font l'objet d'une évaluation* ». Cette évaluation comporte un entretien conduit par le supérieur hiérarchique direct du fonctionnaire et donne lieu à un compte rendu. Elle porte sur les résultats professionnels obtenus par le fonctionnaire au regard des objectifs qui lui ont été assignés et des conditions d'organisation et de fonctionnement du service dont il relève.

Bien que l'évaluation par entretien annuel soit formalisée pour la première fois au sein d'un texte juridique, le principe de la notation demeure. En effet, si le décret comporte un premier titre relatif à l'évaluation des fonctionnaires, le deuxième titre porte quant à lui sur la notation des fonctionnaires et reprend le principe de notation tel qu'énoncé dans le statut général de 1983. Dès lors, le législateur semble vouloir faire coexister les systèmes d'évaluation par entretien et de notation des fonctionnaires. La notation conserve cependant une importance supérieure, puisqu'elle demeure liée à l'avancement au sein des différents échelons (article 11 du décret).

Pour autant, certains auteurs y voient le début d'un renversement de la notation par l'évaluation. Paul Crozet considère par exemple que ce décret de 2002 est « *la première étape de la mort programmée* » de la notation au sein de la fonction publique<sup>16</sup>. L'hypothèse d'une suppression de la notation deviendra en effet de plus en plus présente dans le débat public, comme le confirme un second rapport du Comité d'enquête sur le coût et les rendements des services publics de 2006<sup>17</sup> préconisant une suppression de la notation dans les 3 ans à compter de sa publication.

S'agissant de la fonction publique hospitalière, même si elle n'est pas juridiquement dans le champ d'application du décret de 2002, les pratiques mises en place se rapprochent de ce qui se déroule dans la fonction publique d'Etat.

### 3. L'émergence d'une évaluation unique : depuis 2007

La pratique de l'entretien d'évaluation va progressivement s'intensifier et prendre de plus en plus d'importance dans la carrière des fonctionnaires, notamment via le mécanisme de l'expérimentation. En effet, la loi du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique va autoriser, par dérogation à l'article 17 du statut général de la fonction publique, à recourir à titre expérimental à l'évaluation professionnelle pour apprécier la valeur professionnelle du fonctionnaire. Cette expérimentation est rendue possible pour les agents de la fonction publique d'Etat et de la fonction publique hospitalière dans les conditions prévues par le décret du 17 septembre 2007<sup>18</sup>.

La loi permet donc à titre expérimental de s'affranchir de tout système de notation, et de faire reposer l'appréciation de la valeur professionnelle du fonctionnaire uniquement sur l'entretien professionnel. Ce dernier se déroule de façon annuelle et est conduit par le supérieur hiérarchique direct. Il donne lieu à un compte rendu et sera pris en compte en matière de progression au sein des différents échelons à travers des réductions ou des majorations de durée de service requise.

Par la suite, cette expérimentation va être généralisée à l'ensemble des agents de la fonction publique de l'Etat. Le décret du 28 juillet 2010 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de l'Etat consacre l'entretien professionnel comme mécanisme d'appréciation de la valeur professionnelle de principe, tandis que la notation devient l'exception. Le législateur semble opérer un renversement du rapport de force existant auparavant entre notation et évaluation. En effet, avant de détailler les modalités à mettre en place pour l'entretien professionnel, le décret dispose que « *les statuts particuliers peuvent prévoir, après avis du Conseil*

---

<sup>16</sup> CROZET Paul, « Fonction publique : de la lente mort de la notation à l'institutionnalisation de l'entretien professionnel », *Annales des Mines – gérer et comprendre*, 2012, pages 34 à 47

<sup>17</sup> Comité d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, 2006, *L'évaluation et la notation des fonctionnaires de l'Etat*

<sup>18</sup> Décret n° 2007-1365 du 17 septembre 2007 portant application de l'article 55 bis de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat

*Supérieur de la Fonction publique de l'Etat, un système de notation pour apprécier la valeur professionnelle des fonctionnaires* ». Pour un certain nombre d'agent de la fonction publique de l'Etat, la notation a donc disparu pour laisser place à une évaluation annuelle via un entretien professionnel donnant lieu à un compte rendu.

Concernant la fonction publique hospitalière, l'évaluation individuelle va selon toute vraisemblance y être également généralisée. Jusqu'ici, la notation demeurait le principe et des entretiens individuels pouvaient éventuellement agir en complément. Cependant, le projet de loi de transformation de la fonction publique de 2019<sup>19</sup> prévoit de réécrire l'article 65 de la loi de 1986. Désormais « *l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires se fonde sur un entretien professionnel annuel conduit par le supérieur hiérarchique direct ou l'autorité compétente déterminée par décret en Conseil d'Etat* ».

Nous allons voir qu'au sein de la fonction publique hospitalière, le corps du personnel de direction fit office de précurseur en matière de notation ou d'évaluation.

### **B) Le cas particulier et dérogatoire du corps des directeurs d'hôpital**

A l'instar de la longue évolution ayant eu lieu au sein de la fonction publique, le passage de la notation à l'évaluation annuelle du corps des directeurs d'hôpitaux s'est déroulé en 3 étapes. Initialement circonscrit à une notation annuelle unique comme l'ensemble des autres agents de la fonction publique hospitalière, le régime juridique des personnels de direction s'est par la suite émancipé en ajoutant à la notation une évaluation par entretien individuel. Enfin, le système de notation chiffrée a disparu au profit d'une évaluation annuelle par entretien donnant lieu à un compte rendu écrit.

#### 1. La mise en place d'une notation unique (1943 -1994)

De la nomination des premiers directeurs d'hôpital en vertu du décret du 17 avril 1943<sup>20</sup> à un décret de 1994, le corps des directeurs d'hôpital ne bénéficiait pas d'un système de notation dérogatoire basé sur un texte spécial. Conformément à l'article 65 de la loi du 9 janvier 1986 et au même titre que les autres agents de la fonction publique hospitalière, les directeurs d'hôpital recevaient une note de façon annuelle, ayant un impact sur le tableau d'avancement. De plus, cette notation entrait en compte pour le calcul de leur prime de service, pouvant représenter jusqu'à 17 % du traitement annuel brut.

L'une des explications à l'absence d'un régime juridique de notation propre aux directeurs d'hôpital avancée par François Xavier Schweyer est que la construction d'un véritable corps de

---

<sup>19</sup> Projet de loi n°1802 de transformation de la fonction publique, 27 mars 2019.

<sup>20</sup> Décret n° 43-891 du 17 avril 1943 portant application de la loi du 21 décembre 1941



directeur d'hôpital fut longue, et progressive. Notamment en raison d'un concours resté longtemps méconnu et peu utilisé comme mode de recrutement ainsi qu'un manque de définition d'un véritable profil de carrière<sup>21</sup>.

## 2. Un système de notation enrichi par un entretien annuel (1994-2005)

Le système de notation des directeurs d'hôpital va se différencier de celui auquel sont soumis les autres membres de la fonction publique hospitalière avec le décret du 21 juillet 1994 relatif à la notation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986. A la suite des expérimentations d'entretiens annuels d'évaluation menées à l'échelle départementale dès 1988, le décret de 1994 énonce dans son deuxième article que « *l'établissement de la notation est précédé d'un entretien d'évaluation* ».

Le système de notation composé d'une note chiffrée et d'une appréciation générale est donc agrémenté d'un entretien annuel d'évaluation. Ce dernier est dans un premier temps mené par le préfet du département pour les directeurs généraux de centres hospitaliers régionaux, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales pour les chefs d'établissement et par le chef d'établissement pour leurs adjoints. Cependant, la création des agences régionales de l'hospitalisation par les ordonnances du 4 avril 1996 modifie cette organisation et confie la réalisation de l'entretien annuel de l'ensemble des chefs d'établissement au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Selon la circulaire du 6 juillet 1998 relative à la notation des directeurs d'hôpitaux et des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux au titre de l'année 1998, l'entretien d'évaluation a une double fonction. Fixer en commun les objectifs pour l'année à venir d'une part, et analyser le bilan des actions menées pendant l'année écoulée d'autre part. La finalité de cet entretien est de « *permettre d'évaluer aussi objectivement que possible la qualité et l'efficacité du travail au regard des priorités définies, des moyens engagés et des résultats obtenus et de fixer une note chiffrée globale en fonction de cette évaluation* ».

Selon les mots du législateur, l'ajout d'un entretien d'évaluation semble donc obéir à une volonté d'objectivation de la notation des directeurs d'hôpital. Comme le souligne François Xavier Schweyzer<sup>22</sup>, la notation faisait jusqu'ici l'objet de nombreuses critiques, notamment venant des directeurs d'hôpital, comme en témoignent les 500 recours en révision effectués pour la seule année 1987. L'entretien d'évaluation apparaît donc comme un outil au service d'une notation plus juste et plus claire.

---

<sup>21</sup> SCHEWEYER François Xavier « Les carrières des directeurs d'hôpital », *Revue française d'administration publique* 2005/4 (n°116), pages 623 à 638

<sup>22</sup> SCHEWEYER François Xavier « Les carrières des directeurs d'hôpital », *Revue française d'administration publique* 2005/4 (n°116), pages 623 à 638

3. La mise en place d'une évaluation annuelle par entretien professionnel depuis 2005 synonyme de fin de la notation

Le système actuel d'évaluation des directeurs d'hôpital repose sur deux décrets de 2005. Ils suppriment la notation, et la remplacent par un mécanisme d'évaluation par entretien annuel donnant lieu à une appréciation générale sur les compétences, la manière de servir, les résultats obtenus ainsi que l'aptitude à exercer des fonctions de directeur.

Effectivement, le décret du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier est très clair à ce sujet et son article 22 dispose que « *ces personnels ne font pas l'objet d'une notation* ». En revanche, ils font l'objet d'une évaluation, qui détermine notamment l'attribution du régime indemnitaire et l'inscription au tableau d'avancement. Selon un second décret du 1<sup>er</sup> septembre 2005 relatif à l'évaluation des personnels de direction et des directeurs des soins, « *cette évaluation se traduit par un entretien qui donne lieu à un compte rendu écrit* ». Le texte énonce également les éléments sur lesquels va se baser cette évaluation, à savoir « *la nature des fonctions et responsabilités exercées, les objectifs individuels et les moyens alloués pour les réaliser, les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement dont relève l'évalué ainsi que des moyens mis à sa disposition* ». L'entretien d'évaluation est mené par les directeurs des agences régionales de la santé pour les chefs d'établissement, et par les chefs d'établissements pour les directeurs adjoints. Enfin, il est précisé que l'évaluation est prise en compte pour l'avancement de grade, l'attribution de la part variable du régime indemnitaire, la procédure d'agrément pour l'accès aux emplois fonctionnels et la nomination aux emplois.

Ainsi, ces deux textes créent un système d'évaluation propre au personnel de direction des établissements publics de santé, dérogeant au principe de la notation qui demeure la règle pour les autres agents de la fonction publique hospitalière. Ils servent de base aux instructions du centre national de Gestion qui reprennent et précisent les modalités concrètes de mise en œuvre de l'évaluation des directeurs d'hôpital. Pour prendre l'exemple de la dernière en date, l'instruction du 25 mai 2018<sup>23</sup>, elle comporte un guide d'évaluation détaillant les principes généraux et les objectifs de l'évaluation ainsi que le contenu du dossier d'évaluation.

## **§ 2 – Une réponse aux insuffisances de la notation**

La nécessité de mettre en place un système d'évaluation enrichi, notamment à travers l'ajout d'un entretien annuel, est d'abord née à partir du constat des manques de la notation. La notation

---

<sup>23</sup> Instruction n° CNG/DGD/2018/133 du 25 mai 2018 relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2018

ayant souvent été considérée comme opaque et immuable, l'évaluation actuelle des directeurs se fait l'écho d'un besoin de transparence et d'impartialité (A). Les imperfections de la notation avaient également abouti à une perte de sens à laquelle le nouveau dispositif se devait de remédier (B).

### **A) Le passage à l'évaluation, reflet d'une demande de transparence et d'équité dans l'appréciation du travail**

Le discrédit de la notation s'explique dans un premier temps par son manque de lisibilité. En dépit des grilles de notations édictées par décret, le processus de la notation demeurait peu déchiffrable pour les agents, tant au niveau du mode de calcul que de la note finale. On peut expliquer cette situation par la complexité de certains régimes de notation et par la mauvaise utilisation des autres. Dans nombre de situations, le lien entre la note, l'ancienneté et l'avancement de carrière de l'agent était extrapolé, au point parfois de faire un amalgame entre les trois.

Au sein de la fonction publique hospitalière, l'arrêté du 6 mai 1956<sup>24</sup> faisait état d'une note sur 25, qui était en réalité la somme de 5 notes allant de 0 à 5 selon 5 « éléments ». Un dispositif clair et harmonisé en théorie, se retrouvant souvent confus et multiple en pratique. Pour prendre l'exemple du personnel cadre, ces 5 éléments étaient la personnalité et l'esprit d'initiative, les connaissances professionnelles, le sens de l'autorité et l'aptitude à la gestion, les relations de service et le sens social. Pour autant, dans les faits, la note était souvent fixée selon l'ancienneté de l'agent au sein de l'établissement, ou au sein de la fonction publique. Lorsque la note était en réalité une mesure de l'ancienneté, l'agent commençait avec une note moyenne (par exemple 17 sur 25) et augmentait chaque année de 0,25 points. Ainsi, un cadre de santé ayant été soignant dans le privé pouvait se retrouver avec une note inférieure à un collègue ayant effectué toute sa carrière dans la fonction publique, uniquement en raison de leur « origine professionnelle ». Du fait de ce manque de lisibilité et de pédagogie, ou de son utilisation détournée la notation devenait une source d'incompréhensions voire de rancune. Il fut notamment considéré que l'attribution d'une note à des agents adultes avait un caractère infantilisant. En effet, la notation telle qu'elle était utilisée, semblait octroyée de manière unilatérale et arbitraire, plutôt qu'expliquée ou même explicable.

A cette première difficulté venait s'ajouter le caractère hétérogène de la notation au sein de la fonction publique, son manque d'unité. Le système de notation était souvent propre à chaque corps de la fonction publique et à chaque catégorie d'agent, ce qui rendait son explication au plus grand nombre encore plus difficile. Le barème, les éléments à prendre en compte ou encore la périodicité étaient autant de facteurs pouvant changer d'un corps à l'autre. Comme le soulève le Comité d'enquête sur le coût et le rendement des services publics dans les conclusions de son rapport de

---

<sup>24</sup> Arrêté du 6 mai 1959 relatif à la notation du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics

2001<sup>25</sup>, l'administration dans son ensemble était caractérisée par une trop grande diversité d'échelles et de modalités de notations. Une multitude dans la dissemblance qui empêchait la formalisation d'une véritable politique de notation commune. Partant de bases différentes, toute tentative d'harmonisation par la mise à jour des systèmes de notation était elle aussi compliquée.

Ces deux facteurs rendaient l'utilisation de la notation non conformes aux aspirations initiales du législateur et recouvrait le dispositif d'un voile opaque, l'écartant ainsi du chemin de la compréhension de l'agent. Cette opacité donnait à chaque attribution de note une allure d'arbitraire à l'évaluateur qui se transforme de facto en sentiment d'iniquité chez l'évalué. Une conséquence qui met en exergue un premier enseignement vis-à-vis de l'évaluation. Si l'individualisation de la prise en charge de l'évalué est souhaitable, la mise en place d'un système d'évaluation variable d'un agent à l'autre, ne l'est pas. Pour apparaître comme équitable, l'évaluation doit obéir pour chaque agent aux mêmes règles, suivre un certain nombre de repères communs.

Pour répondre à ces effets néfastes, le passage à l'évaluation s'est caractérisé par la mise en place d'un entretien individuel, souvent couplé à la disparition de l'octroi d'une note. Cet entretien est l'occasion de verbaliser un certain nombre d'éléments qui demeuraient implicites ou méconnus par l'agent évalué. Il a assurément une dimension pédagogique dans le sens où il accompagne et précède l'attribution d'une note. L'attribution d'une note ne se suffit donc plus à elle-même. A un processus unilatéral et horizontal, on ajoute ou substitue un élément d'échange et de confrontation d'opinions. Cet entretien permet à l'évalué de constater les éléments de notation retenus par l'évaluateur, et de s'assurer qu'ils sont semblables à ceux retenus pour ses collègues.

Cette variation de la forme de la notation était un préalable nécessaire à une refonte de son fond. En effet, après la question du « comment ? » vient fort logiquement celle du « pourquoi ? ».

### **B) Une évolution motivée par un besoin de redonner du sens à l'évaluation**

La perte de sens d'actions menées dans le cadre professionnel est un des freins majeurs en matière de management. Concernant la notation des fonctionnaires, cette perte de sens s'explique à travers plusieurs facteurs, dont ceux précédemment évoqués. Pour autant, la cause majeure de cette perte de sens réside dans le fait que ce système ne parvenait plus à assurer sa mission première : traduire la valeur professionnelle de l'agent. De par son mode de calcul souvent automatisé et impersonnel, la notation ne se basait plus sur une appréciation individualisée et réelle des compétences professionnelles mobilisées par l'agent pendant l'année écoulée. Dès lors, les notes attribuées semblaient fictives, ou déconnectées de la réalité du terrain. Une conjoncture aisément observable à travers l'examen des notes obtenues. Selon les données regroupées par le Comité

---

<sup>25</sup> Comité d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, 10 juillet 2001, *La notation et l'évaluation des agents de l'administration*.

d'enquête sur les coûts et le rendement des services publics, en 2001, 92 % des agents, tous niveaux confondus ont eu une note supérieure ou égale à 18 sur 20, et 59 % une note égale à 20 sur 20. Pour le dire de manière plus prosaïque, cette note « ne voulait plus rien dire ».

Cependant, pour Paul Crozet, ces notes traduisaient tout de même un manque de courage, voire de sincérité des notateurs, ainsi qu'une volonté d'éviter tout conflit. Une situation qui donnait lieu au développement de procédures informelles à travers des fiches non communiquées aux agents<sup>26</sup>. Comme le souligne le même auteur, cette perte de sens était également une perte d'efficacité du dispositif. En effet, ne reflétant plus la valeur professionnelle, la note octroyée n'était plus une aide à la décision en matière de prime « au mérite », de promotion ou de mobilité de l'agent. Cela contrevenait ainsi à l'ensemble des objectifs initiaux déterminés lors de l'introduction d'un système de notation.

Le passage vers le système « moderne » d'évaluation formalisé pour les directeurs d'hôpital par le décret de septembre 2005 est grandement imprégné par cet impératif de redonner du sens au dispositif. Des textes réglementaires aux recommandations de pratiques du Centre National de Gestion, tous les textes entourant le nouveau dispositif mettent l'accent sur le sens et le rôle de l'évaluation. Le guide de l'évaluation des directeurs d'hôpital publié par le Centre National de Gestion en 2018 nous en offre une bonne illustration. Ce dernier prend le soin d'explicitier les tenants et les aboutissants du processus tout en veillant à corriger tous les griefs soulevés contre l'ancien système de notation. L'évaluation « doit permettre de mesurer les aptitudes [du directeur], ses compétences et ses potentiels afin de les améliorer de manière continue ». C'est « un point d'appui pour son orientation et son évolution professionnelle » et elle doit toujours « être sincère et menée avec un grand souci d'objectivité ».

Encore une fois, la consécration d'un entretien d'évaluation annuel obligatoire symbolise ces intentions. Comme le résume Dominique Volut, l'introduction de cet entretien « vise à retisser la connexion – altérée par le système de notation – entre la valeur professionnelle de l'agent, sa rémunération et le déroulement de sa carrière »<sup>27</sup>. Il repose en effet sur un bilan de l'année écoulée, la définition des objectifs de résultats pour les années suivantes mais également l'exposition des besoins de formation et de mobilité de l'agent évalué. Une évolution que certains auteurs appelaient de leurs vœux dès la fin des années 80. Jean-Olivier Arnaud et Gérard Barsaq, tous deux directeurs d'hôpital, ont dédié un ouvrage sur la question<sup>28</sup> en 1989 dans lequel ils alertaient déjà sur

---

<sup>26</sup> CROZET Paul, « Fonction publique : de la lente mort de la notation à l'institutionnalisation de l'entretien professionnel », *Annales des Mines – gérer et comprendre*, 2012, pages 34 à 47

<sup>27</sup> VOLUT Dominique, « Le remplacement de la notation par l'entretien individuel : un coup d'épée dans l'eau ? », *Actualité juridique fonctions publiques*, 2013, page 307

<sup>28</sup> ARNAUD Jean-Olivier, BARSQAQ Gérard, *La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital*, Les éditions ESF, 1989.

l'importance d'un dispositif d'évaluation basé sur un entretien individuel. Selon eux, il serait indispensable pour permettre à l'évaluation d'atteindre sa véritable finalité, à savoir « l'évolution de l'individu ». Par les différents éléments qui le composent et la confrontation de points de vue qu'il occasionne, l'entretien individuel est une source d'enrichissement de l'évaluation mais aussi et surtout de l'agent dans sa pratique professionnelle. Ce faisant, l'évaluation ne doit plus être considérée comme une contrainte annuelle insensée, mais comme un accompagnement tout au long de sa carrière. Ainsi, l'évaluation recouvre des véritables objectifs, de véritables conséquences, et donc un sens.

## **Section 2 – Un changement de conception du processus d'évaluation sous forme d'application des principes du Nouveau Management Public**

« *Les fonctionnaires sont les meilleurs maris : quand ils rentrent le soir à la maison, ils ne sont pas fatigués et ont déjà lu le journal* ». Ce trait d'humour de Georges Clémenceau témoigne de l'image souvent caricaturale et parfois péjorative que renvoyait l'activité des agents publics aux yeux de l'opinion publique. Outre les railleries dont elle était la cible, l'efficacité de l'action publique fut le terrain d'une intense réflexion menée depuis la fin des trente glorieuses. Cette prise de conscience a engendré des changements importants dans la philosophie du management et de la gestion des emplois publics (§ 1). En ce qui concerne les directeurs d'hôpital, cette évolution s'est caractérisée par une responsabilisation accrue vis-à-vis de leurs résultats professionnels (§ 2).

### **§ 1 – L'émergence des principes du management public dans la gestion et la définition des emplois publics**

La promotion des principes du nouveau management public est le fruit d'une profonde réflexion sur le rôle de l'Etat et la gestion de ses services publics (A). Son application à la fonction publique Française a entraîné une modification théorique et pratique du modèle de nos administrations, conférant ainsi une place nouvelle à l'évaluation (B).

#### **A) Genèse et justification des grands principes du nouveau management public**

Selon le Professeur Maya Bacache-Beauvallet<sup>29</sup>, il est possible de distinguer deux grandes périodes de réformes de l'Etat au sein des pays de l'OCDE ces 40 dernières années. Une première période de privatisation de certains pans de l'action publique dans les années 80. Puis, une seconde période de réforme de la fonction publique et du management de ses agents depuis la fin des années 90. En France, cette réforme aurait été engagée en raison d'une remise en cause de l'Etat et de sa fonction publique, elle-même sous tendue par trois facteurs. En premier lieu, la croissance des dettes

---

<sup>29</sup> BACACHE-BEAUVALLET Maya, *Où va le management public ? Réformes de l'état et gestion de l'emploi public*, Positions, 2016, Terra Nova.

publiques a été analysée comme une conséquence d'un manque d'efficacité en matière de comptabilité et de gestion publique. Deuxièmement, l'image du fonctionnaire loyal et œuvrant spontanément pour l'intérêt général s'est écornée. Ce qui a entraîné la création, puis la multiplication des autorités administratives indépendantes comme la Commission Nationale de l'informatique et des libertés en 1978 ou le Conseil supérieur de l'audiovisuel en 1989. Enfin, « *la construction simultanée de pouvoirs publics locaux et supranationaux* », du fait de la construction européenne, a questionnée vis-à-vis de « *l'échelon d'intervention et d'efficience de l'Etat* ». Ces éléments ont conduit à repenser la gestion de nos administrations, et de ceux qui leur donne corps, les fonctionnaires. Comme le souligne l'économiste, « *la question n'était plus dans le « plus » ou « moins » d'Etat, mais dans le « mieux d'Etat »* ».

Cette réflexion a notamment débouché sur la promotion de ce que l'on appelle « le Nouveau Management public ». On peut définir le management public comme « *un ensemble de processus et d'outils visant à atteindre une performance d'une organisation vouée au service public* »<sup>30</sup>. Le Nouveau Management public désigne ainsi les nouvelles techniques et les nouveaux principes propagés dans ce but par le législateur ou la doctrine administrative. On a tendance à considérer qu'un certain nombre de ces nouvelles pratiques sont soit inspirées, soit importées de la gestion du secteur privé, et notamment la gestion de l'emploi.

Selon Laetitia Laude, Professeur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, le nouveau management public repose sur quatre principes directeurs : l'optimisation des ressources, la personnalisation du service rendu, la simplification de l'administration et la responsabilisation de l'agent public. Chacun de ces principes a eu une répercussion concrète sur la gestion du service public. Pour optimiser les ressources publiques, le législateur a en partie opté pour l'introduction d'un jeu concurrentiel. Dans le monde de la santé, cela s'est notamment illustré par l'intronisation du système de tarification à l'activité en 2005. La personnalisation du service rendu s'est caractérisée par un changement dans la façon de considérer l'usager de l'administration. Passant ainsi du simple consommateur à un véritable « client » aux attentes renforcées, notamment en matière de singularité de la prise en charge. La simplification administrative tend à raccourcir la distance entre un problème et le décideur en charge d'y trouver une solution. C'est un facteur de réorganisation administrative qui peut entraîner la suppression ou au contraire la mise en place de niveaux décisionnaires intermédiaires via des délégations de pouvoirs ou de signature. Enfin, la responsabilisation de l'agent public agit comme un contrôle de la bonne application des principes précédemment cités. Chaque agent doit désormais rendre des comptes, justifier de la bonne mise en œuvre de ses missions. Cela

---

<sup>30</sup> COTE Louis et SAVARD Jean-François, *Le dictionnaire encyclopédique de l'administration publique : la référence pour comprendre l'action publique*, Observatoire de l'administration publique, 2012, ENAP.

se caractérise par une fixation d'objectifs ainsi qu'une évaluation de l'atteinte des objectifs, ce qui peut donner lieu à des primes comme c'est par exemple le cas des directeurs d'hôpital.

L'application de ces règles a profondément changé l'administration des services publics et des agents publics, tant sur le plan conceptuel que pratique. L'administration Française dans son ensemble est ainsi entrée dans une nouvelle ère de gestion.

### **B) Son application à la fonction publique française : le passage à une administration « post wébérienne »**

Apparus à la fin des années 90, les principes du nouveau management public mirent quelques années supplémentaires à être véritablement formalisés dans les textes ou les travaux préparatoires des lois concernant la fonction publique. L'une des illustrations les plus frappantes de l'adoption de ces nouveaux principes par les penseurs de la fonction publique fut le rapport du conseiller d'Etat Jean Ludovic Silicani intitulé *Le livre blanc sur l'avenir de la fonction publique* et publié le 20 septembre 2007. Au fil des 236 pages de ce rapport, M. Silicani recense ce qu'il considère être les « valeurs traditionnelles » et les « valeurs émergentes » de la fonction publique. Parmi les valeurs traditionnelles, on retrouve sans surprise des principes tels que l'égalité, l'adaptabilité ou la continuité du service public. Au nombre des valeurs émergentes, on note la présence de « l'efficacité du service public et du fonctionnaire ». Cette dernière induit de nouvelles exigences, tant du côté de l'employeur public que de ses agents. L'administration peut ainsi exiger du fonctionnaire « *un comportement professionnel caractérisé [...] par la participation active à l'amélioration de la qualité du service au sein duquel il est affecté et un état d'esprit tourné vers la recherche de la performance individuelle et collective* ». En sens inverse, « *le fonctionnaire est en droit d'attendre de l'administration qu'elle le mette en mesure d'améliorer ses performances, notamment en lui donnant accès à la formation ou à des conditions de travail satisfaisantes* ». Considéré comme « *une exigence légitime des citoyens vis-à-vis de leurs services publics* » et de leur fonction publique, cet objectif d'efficacité est lié à d'autres notions telles que la qualité, la responsabilité, la transparence ou l'autonomie.

Pour autant, selon le conseiller d'Etat, l'exigence d'efficacité demeure « *abstraite et subjective* » si elle n'est pas complétée par l'instauration d'une véritable culture de l'évaluation au sein de la fonction publique. L'évaluation doit s'effectuer « *en fonction de référentiels clairement définis et à laquelle les chefs de service et corps de contrôle ou d'inspection doivent consacrer le temps et l'attention nécessaire* ». Dès lors, l'outil de l'évaluation semble à la fois illustrer et servir ce changement. A travers lui, les composantes de la fonction publique basculent d'un modèle d'« administration Wébérienne » à un modèle compatible avec les principes du nouveau



management public<sup>31</sup>. Notamment identifié par Anne Amar et Ludovic Berthier, le fonctionnement d'une administration de type « wébérienne » est basé sur le respect des règles et des procédures. Irriguée par un recrutement sur concours, son organisation est centralisée et pyramidale avec un avancement à l'ancienneté et des indicateurs de suivi de l'activité. Ce mode de gestion caractérise durablement la fonction publique « à la Française »<sup>32</sup>. La modernisation de ce modèle en conformité avec les principes du nouveau management public entraîne une véritable redéfinition de ses caractéristiques. En effet, une administration de « type nouveau management public » est orientée vers l'atteinte des résultats et la satisfaction du client. A travers une organisation décentralisée, elle a tendance à recruter ses éléments par contrat en leur offrant une plus grande autonomie. L'avancement s'effectue au mérite, selon les responsabilités et les performances.

Si le système de la notation semblait suffisant pour participer au fonctionnement de la fonction publique « wébérienne » malgré les dérives d'utilisation qu'il avait engendrées, il ne semble pas en être ainsi pour l'administration du nouveau management public. En ce sens, la promotion d'un système d'évaluation plus complet, caractérisée par un entretien individuel et par sa prépondérance dans l'avancement de carrière du fonctionnaire est plus adéquate. L'introduction de ces entretiens individuels « *suppose pour les directions des ressources humaines de prendre en compte leur interactions avec le contexte organisationnel et de justifier leur pertinence auprès de ceux qui sont chargés de le mettre en œuvre* ». Ils deviennent donc un outil de communication sur la politique de gestion des ressources humaines, « *une représentation du discours organisationnel* »<sup>33</sup>. Ce changement au niveau de la gestion des agents publics participe ainsi au mouvement plus vaste de modernisation de l'action publique.

## **§ 2 - Le cas de l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints : l'exemple de la responsabilisation de l'agent vis-à-vis de ses résultats**

Selon le Maréchal Lyautey « *la première qualité d'un fonctionnaire, civil ou militaire, préfet ou général, chef d'administration, c'est de savoir à un moment donné, prendre sa responsabilité et son initiative* ». La modernisation du mode d'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints a pris acte de cet impératif de responsabilisation à travers la procédure de fixation d'objectifs qu'elle installe (A). Le cas particulier de l'évaluation des directeurs s'inscrit dans un contexte général de responsabilisation des établissements de santé, notamment symbolisé par l'avènement de la certification (B).

---

<sup>31</sup> IENTILE-YALENIOS Jocelyne, Thivant Eric et ROGER Alain, « Le nouveau management public conduit-il à un rapprochement public-privé ? Une analyse à partir des procédures d'évaluation du personnel », *Gestion et management public*, 2016, pages 121 à 137

<sup>32</sup> POCHARD Marcel, *Quel avenir pour la fonction publique ?* AJDA, 2000 p.3

<sup>33</sup> Ibid note n°16.

### **A) Une responsabilisation du directeur d'hôpital adjoint par la fixation d'objectifs**

Pour les directeurs d'hôpital adjoints, l'influence du nouveau management public s'illustre à travers l'évolution de leur mode d'évaluation, et plus particulièrement par le biais de la notion d'objectifs. Comme le met en lumière leur support d'évaluation, le dispositif offre une place prépondérante à la fixation d'objectifs et au suivi des objectifs fixés. En effet, chaque année, le directeur général et le directeur adjoint dressent un bilan des « objectifs à n-1 » et une discussion s'installe autour de la détermination « d'objectifs à n+1 ». Cette phase très importante a lieu lors de la préparation et de la tenue de l'entretien d'évaluation. En confrontant le directeur adjoint au bilan de la réalisation de ses objectifs, elle donne corps au principe de la responsabilisation de l'agent public vis-à-vis de son activité. L'agent est en prise directe avec les actions qu'il mène car l'atteinte ou non des objectifs aura forcément un impact sur le processus global de l'évaluation et l'octroi de la « part résultats » de la prime de fonctions et de résultats qui en découle.

La responsabilisation de l'agent agit à plusieurs niveaux. C'est tout d'abord une responsabilisation sur le plan personnel. L'agent est mis face à son propre travail, avec toute la réflexion que cela peut engendrer sur sa manière d'agir. C'est également une responsabilisation professionnelle. Le bilan du travail accompli par le directeur adjoint est présenté au directeur général, qui est à la fois son supérieur hiérarchique et le chef de l'établissement. Enfin, on peut également y voir une sorte de « responsabilité publique » dans le sens où en se présentant face au directeur de l'hôpital, le directeur adjoint rend indirectement compte de sa gestion devant les pouvoirs publics, mais également devant les citoyens. Ce processus renoue ainsi avec certains principes fondateurs de notre République. L'article 15 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen du 26 août 1789 dispose en effet que « *la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration* ». Selon Jean-Ludovic Silicani, cette responsabilisation servirait les intérêts de l'action publique car, « *un fonctionnaire responsable vis-à-vis des pouvoirs publics et des citoyens est le meilleur garant de l'affirmation des valeurs essentielles du service public et de la fonction publique* »<sup>34</sup>.

Cependant, pour qu'une juste responsabilisation ait lieu, certains éléments doivent être réunis. Par exemple, la distinction entre les résultats professionnels du directeur adjoint et les résultats de l'établissement est une condition indispensable à une « responsabilisation équitable ». C'est un point sur lequel insiste particulièrement le Centre National de Gestion dans son guide de l'évaluation des directeurs d'hôpital. Et pour cause, en se basant sur la situation de l'établissement, l'évaluation professionnelle du directeur adjoint se retrouverait profondément faussée. Si le contexte de travail est

---

<sup>34</sup> Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique, J-L Silicani, 2008

une donnée qui peut être prise en compte, elle ne doit pas se substituer à une appréciation personnelle de la manière de servir du directeur.

**B) Le prolongement d'une logique du « rendre compte » symbolisée par la certification.**

La formalisation de cet outil de responsabilisation des directeurs est un prolongement de la responsabilisation des établissements publics de santé qui s'est progressivement organisée depuis les années 90. Cette responsabilisation s'est exercée sur différents pans de l'activité de ces établissements, également à travers une montée en importance de la notion d'évaluation.

Bien avant l'évaluation financière des établissements mise en exergue par la tarification à l'activité<sup>35</sup>, la responsabilisation des établissements a porté sur la sécurité et la qualité des soins qu'ils dispensent. La loi portant réforme hospitalière de 1991 dite « loi Evin » a mis en place une procédure d'évaluation de l'organisation des soins et du fonctionnement médical des établissements publics de santé autre que les hôpitaux locaux<sup>36</sup>. Appelée par la suite « procédure d'accréditation » elle sera rendue obligatoire pour les établissements publics et privés de santé par les ordonnances Juppé de 1996<sup>37</sup>. Cette évaluation est mise en œuvre par l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES), également créée par l'ordonnance de 1996. En 2004, l'ANAES est remplacée par la Haute Autorité de la Santé, et l'accréditation devient la certification dont dispose désormais l'article L.6113-3 du code de la santé publique.

Elle se scinde en deux phases. Une première sous forme d'auto-évaluation de l'établissement - qui peut également faire appel à une société d'audit - en suivant un guide de certification. De cette première évaluation découle un rapport, le « compte qualité », remis à la Haute Autorité de la Santé. Sur la base de ce rapport, une deuxième phase d'évaluation externe s'ouvre. Des experts-visiteurs sont mandatés par la Haute Autorité de la Santé pour réaliser une « visite de certification » dont la durée se situe entre une et deux semaines. Elle vise à « *identifier des points de conformité et des écarts par rapport au manuel de certification* »<sup>38</sup>. Un second rapport est alors rédigé par les experts-visiteurs et transmis à l'établissement qui est éventuellement invité à se justifier vis-à-vis de certains points. Finalement, la Haute Autorité de la Santé rend une définition définitive qui peut prendre quatre tournures différentes. Une certification pour une durée de six ans, une certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration pour une durée de quatre ans, une certification assortie d'obligations d'amélioration pour une durée de quatre ans, ou enfin une décision de non certification.

---

<sup>35</sup> Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

<sup>36</sup> Article 30 de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>37</sup> Titre II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>38</sup> Site internet de la Haute Autorité de la Santé

La mise en place d'une procédure d'évaluation des établissements aussi élaborée a logiquement renforcé la vigilance des acteurs de ces structures vis-à-vis de la sécurité et de la qualité des soins. Elle a également entraîné une prise de conscience et une modification de la façon de penser les soins dans le sens où cette réflexion s'opère dorénavant par rapport au référentiel fourni par la Haute Autorité de la Santé. Chaque action d'ampleur pensée par la direction des soins ou la direction de la qualité de l'hôpital est entreprise à l'aune de la procédure « V2014 » ou « V2020 », a fortiori lorsque la visite de certification approche.

A l'échelle de l'établissement, on peut considérer que la certification a marqué une première étape dans l'installation d'une culture de l'évaluation par fixation d'objectifs à l'hôpital. En ce sens, un rapprochement peut être effectué avec l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints. Par exemple, même si la temporalité est différente, l'entretien d'évaluation annuel et la visite de certification obéissent à la même logique. Ils caractérisent tout deux une confrontation de l'activité réelle de l'établissement ou du directeur à des standards préalablement établis. Ainsi, la responsabilisation du directeur d'hôpital adjoint semble être un approfondissement de la responsabilisation globale de l'établissement.

## **Chapitre 2 – L'octroi d'un outil de valorisation du corps des directeurs au sein des établissements publics de santé**

Selon le guide de l'évaluation des directeurs d'hôpital produit par le Centre National de Gestion en 2018, « *l'évaluation s'appuie sur la valorisation individuelle du directeur tout au long de sa carrière pour tendre vers une gestion des emplois et des compétences plus dynamique* ». Cette notion de valorisation symbolise la modernisation opérée par le système d'évaluation des directeurs d'hôpital. L'outil de l'évaluation n'est plus seulement un instrument au service de l'administration et de sa gestion des ressources humaines comme cela a pu être le cas avec la notation. Désormais, le dispositif est également pensé par rapport aux bénéfices qu'il peut apporter à l'agent. L'évaluation se fait l'écho d'une volonté d'enrichissement mutuel. Du côté du directeur adjoint évalué, cette valorisation nouvelle est tout d'abord caractérisée par l'instauration d'un dialogue aux bienfaits multiples avec son évaluateur (Section 1). Le fait de lier l'évaluation à un système de rémunération au mérite offre une seconde illustration de cette valorisation du corps des directeurs d'hôpital (Section 2).

### **Section 1 – Un instrument de dialogue bienvenu dans le cadre de la relation entre le directeur général et les directeurs adjoints**

Lors des entretiens réalisés auprès de directeurs d'hôpital pour mener à bien cette étude, la notion de dialogue est toujours spontanément apparue au fil de la discussion. Et pour cause, le dialogue est au centre du nouveau modèle d'évaluation des directeurs d'hôpital. Le dialogue est l'élément central

de l'entretien annuel d'évaluation et sert ses objectifs (§ 1). Pour autant, ce dialogue se fait plus rare en ce qui concerne « l'après entretien d'évaluation » (§ 2).

### **§ 1 - L'entretien individuel, source de co-construction de l'évaluation annuelle**

L'entretien individuel est à la fois le symbole et l'élément moteur du dispositif actuel d'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints. A travers lui, un véritable dialogue s'instaure et c'est grâce à lui que l'on peut parler d'une construction commune de l'évaluation. La réussite du dispositif dépend de l'implication non seulement de l'évaluateur, mais également de l'évalué. Ainsi, l'évaluation marque avant tout une rencontre (A) permettant aux participants de jouer chacun sa partition. La réalisation du bilan de l'année passée et la fixation d'un cap pour l'année à venir de la part du directeur général (B). Faire remonter des informations professionnelles à son supérieur pour le directeur adjoint (C).

#### **A) Une rencontre nécessaire au déploiement du plein potentiel de l'évaluation**

Le Centre National de Gestion l'affirme, l'évaluation « *doit se concevoir comme un moyen d'expression reposant sur une écoute réciproque et constructive et se situant dans un climat de confiance et respect mutuel* »<sup>39</sup>. Moment phare du processus d'évaluation, l'entretien annuel implique une conversation entre le directeur adjoint évalué et le directeur général évaluateur à une date et dans un lieu donné. L'évaluation actuelle des directeurs d'hôpital est donc avant tout une rencontre. Une rencontre de point de vue entre deux professionnels du secteur de la santé. Une rencontre de personnes aussi, entre un manager et un membre de son équipe.

Cette rencontre implique une préparation et un investissement préalables, tant de la part de l'évalué, que de l'évaluateur. En effet, le mécanisme de cette évaluation repose sur une part d'auto-évaluation et de propositions de l'évalué quant à ses performances de l'année écoulée et aux objectifs pour l'année à venir. L'évalué propose à son évaluateur une version en partie préremplie de la grille d'évaluation sur la base de laquelle une discussion pourra s'initier dans le cadre de l'entretien annuel. Dès lors, la fixation d'objectifs qui a lieu lors de cet entretien est en réalité le fruit d'une confrontation entre les objectifs proposés en amont par l'évalué et le point de vue de l'évaluateur sur ces mêmes objectifs. La préparation de l'entretien nécessite une implication du directeur adjoint dans le processus. Cependant, cette participation ne doit pas se substituer à celle, tout aussi importante, du directeur général. Le champ des propositions est circonscrit et ne doit pas englober l'ensemble des éléments de la grille d'évaluation. Par exemple, les cases « commentaires » des tableaux regroupant les objectifs, sont un champ propre à l'évaluateur. On considérerait donc comme une dérive le fait pour un directeur adjoint d'être invité par son directeur général à remplir ce champ à sa place. De l'aveu des personnes interviewées lors de ce travail, c'est pourtant une pratique qu'ils ont rencontrée,

---

<sup>39</sup> Guide de l'évaluation des directeurs d'hôpital 2018, Centre National de Gestion

surtout lors des premières années de la mise en place du dispositif actuel. Entre la maladresse, une mauvaise utilisation du dispositif ou une volonté de ne pas se saisir de ce nouvel outil, le doute est permis.

Ce cas de figure illustre à la fois la force, et la faiblesse de ce dispositif. En conférant une place si prépondérante à l'entretien d'évaluation et donc à la relation entre les deux parties de l'évaluation, le législateur a conditionné l'effectivité du processus à cette rencontre. Au cours des entretiens menés auprès de directeurs d'hôpital, le grief d'un système trop dépendant de la personnalité des parties - et surtout de celle du directeur général – est survenu à plusieurs reprises. Cette dépendance a pu ralentir la mise en place du dispositif et l'exploitation de toutes ses possibilités en termes de management. Toutefois, en supposant que le dispositif est utilisé comme il se doit, l'évaluation devient un formidable vecteur de nombreux bénéfices, tant du point de vue du directeur général, que du directeur adjoint.

### **B) L'évaluation du point de vue du directeur général : fixation d'un cap et valorisation du travail accompli**

Parce qu'il est en charge de son « instruction », l'entretien annuel d'évaluation est pour le directeur général un moment privilégié de transmission à son directeur adjoint. Un véritable outil managérial sous forme de supervision directe permettant à la fois de dresser un bilan de l'année passée que de se projeter sur les enjeux à venir.

En ce qui concerne l'année écoulée, l'entretien est porteur d'enjeux en termes de reconnaissance du travail réalisé par le directeur adjoint. Si les objectifs ont été tenus ou que l'évalué a apporté satisfaction dans la mobilisation de ses compétences professionnelles, c'est le moment de le dire. Le directeur général peut ainsi formaliser ce qu'il ne dit pas le reste de l'année ou alors ce qu'il dit dans un langage plus policé, propre aux instances et autres rencontres collectives. C'est une véritable alternative en matière de reconnaissance du travail.

L'entretien d'évaluation est également l'occasion pour le directeur général de jouer et d'affirmer pleinement son rôle de chef d'équipe de direction. Il lui appartient dès lors de s'en emparer pour fixer un cap, détailler un cadre d'action à son directeur adjoint pour l'année à venir. En ce sens, le directeur général va pouvoir user des différentes facettes de son management, selon le contexte de l'évaluation et la situation professionnelle du directeur adjoint évalué. En effet, on identifie traditionnellement quatre styles de management. Le management « directif » tout d'abord, à travers lequel le manager a essentiellement un rôle de structuration. Il décide, donne des instructions et des consignes précises. Le management « persuasif » ensuite, par le biais duquel le manager cherche davantage à mobiliser son équipe en la consultant avant la prise de décision et en faisant un effort de pédagogie. Le management « participatif » où le manager associe son équipe à la décision, les

actions sont élaborées par la concertation. Enfin, le management « délégitif » qui consiste pour le manager à transférer la responsabilité de la prise de décision à son équipe et de s'assurer de l'évolution de la situation de manière fréquente. Selon les auteurs Paul Hersey et Kenneth Blanchard, le manager doit pouvoir adapter son style de management à la situation de l'établissement dans lequel il officie et aux personnes avec lesquelles il travaille. Ils parlent à ce propos d'un « leadership situationnel ».

Le dispositif d'évaluation des directeurs d'hôpital semble offrir la latitude nécessaire pour que s'exprime chacun des genres de management présentés. Ainsi, l'évaluateur peut donner sa priorité au style de management qu'il pense convenir au mieux à la situation et l'évalué pour fixer les objectifs de la prochaine année. Tel qu'il est expliqué par le Conseil National de Gestion, le dispositif d'évaluation semble toutefois tendre vers un management majoritairement persuasif ou participatif. En effet, la possibilité offerte au directeur évalué de suggérer des objectifs pour l'année à venir est lourde de sens. Elle suggère tout au moins au manager de les consulter, ce qui tendrait vers un manager persuasif, et tout au plus d'en tenir compte, ce qui impliquerait une véritable concertation et donc un management participatif.

Mais la richesse de ce dispositif s'illustre autant à travers sa dynamique descendante de l'évaluateur vers l'évalué, que sa logique ascendante de l'évalué vers son évaluateur.

### **C) L'évaluation « subie » par le directeur adjoint : moment de vérité et collecte d'information**

Avec ce système, l'évaluation est une occasion de faire émerger diverses informations, de les verbaliser et ainsi porter à la connaissance de l'évaluateur un certain nombre de maux. Du point de vue du directeur adjoint, l'entretien d'évaluation est avant tout perçu comme un moment d'écoute de la part de son supérieur hiérarchique. En prenant une ou deux heures pour échanger, cet entretien marque un temps d'arrêt salutaire dans une dynamique professionnelle en constant mouvement. Comme le soulève l'un des directeurs sollicités lors de cette étude, l'entretien a le mérite de « *les obliger à se parler* ». C'est une chance à saisir par le directeur adjoint. Il peut y faire valoir des difficultés rencontrées au cours de l'année. Sensibiliser le directeur général sur des situations problématiques avant qu'elles ne deviennent ingérables. On peut par exemple imaginer une discussion portant sur la charge de travail de l'évalué et visant à redimensionner un périmètre de travail devenu trop large. Une fois l'information partagée, une réflexion sur les réponses à apporter peut être engagée.

Cette discussion centrée sur le directeur évalué peut également prendre une tournure plus prospective. Elle caractérise une occasion d'évoquer ses aspirations professionnelles et notamment un éventuel désir de mobilité. Il revient alors au directeur général d'en prendre acte et de conseiller

le directeur adjoint, lui dire ce qu'il en pense. Ainsi, on retrouve ces notions d'accompagnement et d'évolution professionnelle qui rendent ce système d'évaluation aussi riche et diversifié.

A nouveau, le potentiel de cet outil ne peut s'exprimer que si les deux protagonistes s'en emparent. L'évalué doit oser s'exprimer, ne pas se censurer dans une trop grande mesure. L'évaluateur a également un rôle prépondérant dans ce domaine. Il lui appartient d'installer un climat favorable, propre à faire émerger une discussion franche. Un préalable nécessaire pour faire de l'entretien d'évaluation un authentique outil de co-construction de l'évaluation.

## **§ 2 – Un « après entretien » à parfaire, le dialogue post évaluation limité**

La modernisation du mode d'évaluation des directeurs d'hôpital doit se parfaire par une réflexion sur le dialogue « post-évaluation ». En ce sens, la prise en compte d'avis contraires aux conclusions rendues par l'évaluateur est une des pistes de réflexion (A). De même qu'une présence accrue du juge dans le domaine de l'après évaluation (B).

### **A) La difficile prise en compte d'un « avis contraire » de l'évalué par rapport aux conclusions de son évaluateur**

Si le dispositif actuel fait la part belle au dialogue pendant l'évaluation, il est beaucoup moins étoffé en matière de dialogue « post évaluation ». Une fois les résultats de l'évaluation communiqués, les textes réglementaires ne mentionnent aucun droit de réponse de quelque sorte que ce soit, au profit de l'évalué et vers l'évaluateur. Dès lors, se pose inévitablement la question de l'expression d'un désaccord éventuel de l'évalué vis-à-vis des conclusions de l'évaluation. Il existe bien des voies de recours annexes, mais elles impliquent de faire intervenir un élément externe à la relation qui s'est constituée dans le cadre de l'évaluation. L'article 6 du décret du 1<sup>er</sup> septembre 2005 mentionne en ce sens la possibilité d'un recours individuel sur l'évaluation présenté par le directeur évalué auprès du directeur du Centre National de gestion. Ce recours fera par la suite l'objet d'un avis de la commission administrative paritaire nationale du corps. Dans le même ordre d'idée, l'article 65 du statut général de la fonction publique hospitalière de 1986 dispose que « *les commissions administratives paritaires ont connaissance des notes et appréciations ; à la demande de l'intéressé, elles peuvent en proposer la révision* ». Cette saisie d'instance - parfois nationale - entraîne ainsi une « montée en gravité » de ce qui peut être une simple incompréhension pouvant être dissipée après de plus amples explications. L'ampleur de cette instruction peut être un facteur d'auto-censure de la part de l'évalué.

Il est aisé de comprendre la raison de cette absence d'autre forme de recours. Le Législateur a très certainement voulu éviter toute dérive visant à faire durer artificiellement le processus d'évaluation ou d'entrer dans une logique de confrontation permanente. Il n'en demeure pas moins que l'absence d'une voie de recours formelle se cantonnant à la relation nouée entre l'évalué et l'évaluateur est problématique dans un système d'évaluation comme celui-ci, centré sur l'échange et



la communication. De petits désaccords nés des conclusions de l'évaluation et non exprimés peuvent grandir au fil du temps en ayant un impact négatif sur la relation managériale entre le directeur général et son directeur adjoint ainsi que sur la pratique professionnelle du dernier cité. Si l'évaluateur est ouvert à la discussion, il existerait toujours une possibilité pour le directeur adjoint de lui faire part d'éventuels désaccords, en dehors du cadre formel de l'évaluation. Pour autant, cette solution est encore une fois conditionnée à l'implication du directeur général dans le processus et son ouverture d'esprit.

Toutefois, les réformes à venir en matière d'évaluation des fonctionnaires semblent aller dans le sens d'une plus grande prise en compte de « l'après entretien » et des désaccords que les conclusions de l'évaluation peuvent engendrer. En effet, le projet de loi de transformation de la fonction publique présenté le 14 février 2019 semble vouloir renforcer les possibilités de révision des conclusions de l'évaluation. A travers une réécriture de l'article 65 du statut de 1986, il propose désormais d'établir « *qu'à la demande de l'intéressé, la commission administrative paritaire peut demander la révision du compte rendu de l'entretien professionnel* ». D'un point de vue sémantique, on passe donc de la formulation d'une « proposition » à une « demande ». Cette même formulation est ajoutée aux statuts particuliers des deux autres branches de la fonction publique. On peut penser que le législateur cherche ainsi à faciliter les possibilités de révision, à les intégrer au système d'évaluation. Preuve que la modernisation de l'évaluation du fonctionnaire passe par un développement du dialogue post-évaluation. Cette évolution en appelle une autre, celle du rôle du juge.

### **B) Un positionnement du juge en retrait de la procédure d'évaluation**

Le juge administratif adopte aujourd'hui une position assez particulière vis-à-vis du système d'évaluation du fonctionnaire. Initialement, cette position fut très en retrait pour des raisons tenant à la recevabilité des recours juridictionnels. Selon les règles du contentieux administratif, une requête adressée au juge doit remplir un certain nombre de conditions pour qu'il la reçoive. En premier lieu, la requête doit viser un acte considéré comme décisoire et faisant grief. Cela signifie que l'acte doit avoir eu une influence minimum et des conséquences notables sur le requérant. Il doit avoir affecté de manière suffisamment grave et immédiate sa situation juridique. On retrouve dans cette catégorie d'actes ne faisant pas griefs plusieurs types de décisions tels que les mesures d'ordre intérieur, les mises en demeure ou encore les actes préparatoires. Ainsi, les premières décisions du juge administratif portant sur la notation des fonctionnaires furent en réalité des décisions de rejet pour irrecevabilité de la requête. L'arrêt Morel de 1937<sup>40</sup> énonça que les notes attribuées aux fonctionnaires

---

<sup>40</sup> Conseil d'Etat, 20 décembre 1937, Morel

étaient des mesures d'ordre intérieur tandis que l'arrêt Biase de 1960<sup>41</sup> estimait que l'attribution d'une note était un acte préparatoire. Le processus de notation des agents publics était donc insusceptible de recours devant le juge. Cependant, comme le mentionne un rapport du Sénat de 1983<sup>42</sup>, le juge autorisait les recours contre des décisions basées sur la note attribuée ayant eu des conséquences importantes pour l'agent, si l'attribution de la note était entachée d'irrégularité.

La véritable ouverture du contentieux portant sur la notation des fonctionnaires s'est effectuée en 1962, dans un arrêt « Camara » rendu par le Conseil d'Etat<sup>43</sup>. Dans cette décision, la plus haute juridiction administrative énonce clairement que l'acte de notation du fonctionnaire peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir dans les 2 mois qui suivent sa notification. A partir de là, les décisions du juge ont ponctuellement fait émerger des principes tenant au processus même de notation ou aux recours juridiques concernant ce processus. Le Conseil d'Etat rappela par exemple en 1986 que la notation n'est pas une faculté, mais un devoir du supérieur hiérarchique vis-à-vis de son subordonné<sup>44</sup>. En 1994, il consacre l'indivisibilité de la note chiffrée et de l'appréciation globale dans le processus de notation<sup>45</sup>. Par conséquent, le requérant qui conteste la notation doit à la fois attaquer la note chiffrée et l'appréciation qui lui aura été fournie.

Ce faisant, le juge a souhaité conserver une certaine distance vis-à-vis du processus d'évaluation. Comme l'affirme une décision du Conseil d'Etat de 1987, le juge se cantonne au contrôle de l'erreur manifeste<sup>46</sup>, soit l'examen juridique le moins « poussé ». Seule l'erreur manifeste, c'est-à-dire une dérogation importante à la règle de droit, peut justifier son intervention. Le juge prend le soin d'éviter toute « ingérence » dans l'application concrète du système d'évaluation. Ainsi, l'administration et les personnes en charge de l'évaluation conservent une marge de manœuvre importante. Pour le dire plus simplement, ils ont les mains libres en matière d'évaluation (même s'ils ne doivent pas ignorer certains grands principes).

Ce cheminement explique en partie la faible importance actuelle du contentieux lié à l'évaluation. A ce jour, le contentieux se cristallise essentiellement autour de la fixation des primes liées à l'évaluation de l'agent. En examinant les décisions rendues ces trois dernières années par les juridictions administratives en matière d'évaluation, on se rend compte qu'elles portent quasi-exclusivement sur des contestations de coefficient multiplicateur d'une des parts de la prime de fonctions et de résultats. On peut en ce sens citer un arrêt rendu par la Cour Administrative d'Appel

---

<sup>41</sup> Conseil d'Etat, 6 mai 1960, Biage

<sup>42</sup> Rapport sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale, portant droits et obligations des fonctionnaires présidé par Daniel Hoeffel, 18 mai 1983

<sup>43</sup> Conseil d'Etat, 23 novembre 1962, Camara

<sup>44</sup> Conseil d'Etat, 28 mai 1986, Baruch, n° 68392

<sup>45</sup> Conseil d'Etat, 29 juillet 1994, Mme Litovsky n° 89011

<sup>46</sup> Conseil d'Etat, 13 mars 1987, Bauhain

le 5 février 2019<sup>47</sup>. Dans cette décision, le requérant (directeur adjoint) demandait à la cour d'annuler la décision du directeur général d'un centre hospitalier à travers laquelle il avait fixé son coefficient de prime de fonction à 4,8 et le coefficient de résultat à 5,3. Il estimait notamment que le calcul de sa part fonction ne s'était pas basé sur le bon référentiel en termes d'ancienneté, et la cour lui a donné raison.

On peut regretter ce positionnement. Bien qu'une certaine dose de liberté soit nécessaire, il ne faut pas que l'évaluation se transforme en terrain totalement délaissé par le juge. Sans entrer dans une logique procédurière, une plus grande implication du juge dans le domaine pourrait faciliter la contestation des résultats d'une évaluation par l'évalué, lorsque l'évaluateur ne respecte pas ses principes directeurs. Ce qui pourrait avoir comme conséquences d'éviter de trop grandes disparités d'application du processus de l'évaluation, tout en sanctionnant le non respect manifeste de la loi.

## **Section 2 – Un exemple singulier d'introduction d'une part de rémunération au mérite : la prime de fonctions et de résultats appliquée aux directeurs d'hôpital**

Animée par un objectif de valorisation de l'agent, la modernisation de l'évaluation des directeurs d'hôpital a logiquement voulu tisser un lien entre les résultats de l'évaluation et la rémunération. Fruit d'une longue évolution législative (§ 1) l'introduction d'une part de rémunération variant en fonction des résultats de l'évaluation interroge vis-à-vis de sa compatibilité avec l'un des principes essentiels de la fonction publique : l'égalité de traitement des fonctionnaires (§ 2).

### **§ 1 – L'évolution de l'encadrement des primes liées à l'activité et aux résultats des directeurs d'hôpital**

Afin de comprendre au mieux les subtilités de cette évolution, il convient dans un premier temps de s'intéresser aux principes qui sous tendent la rémunération des fonctionnaires pris dans leur globalité (A). Cela nous permettra dans un second temps d'examiner la singularité du cas particulier des directeurs d'hôpital (B).

#### **A) La rémunération des fonctionnaires**

Les principes directeurs traditionnels de la rémunération des fonctionnaires se sont progressivement enrichis d'instruments pour prendre en compte les résultats professionnels dans l'octroi de leur traitement.

##### **1. Les principes généraux de la rémunération des fonctionnaires**

La rémunération d'un fonctionnaire lui est due au titre de ses droits pécuniaires individuels et obéit au principe du traitement pour service rendu. Elle fut souvent considéré comme immuable, relativement faible et peu attractive. Preuve des racines profondes de cette réputation, Alexandre

---

<sup>47</sup> CAA de Nancy, 5 février 2019, n°17NC01098

Lefas déclarait en son temps que « *le nombre de fonctionnaires en France, trouve, hélas, un corollaire immédiat dans la modicité de leurs traitements, et dans la difficulté qui se rencontre chaque fois qu'il s'agit de les augmenter* »<sup>48</sup>. Pour autant, l'encadrement juridique de la rémunération des fonctionnaires énonce un mécanisme plus dynamique qu'il n'y paraît.

Dès le premier véritable statut de la fonction publique de 1946<sup>49</sup>, la rémunération du fonctionnaire est octroyée conformément à une grille de rémunération et selon l'appartenance à un grade. Son article 31 prévoit déjà qu'à une partie fixe composée du traitement, de suppléments pour charges de la famille et d'une indemnité de résidence, peuvent s'ajouter des primes de rendements. Cette dichotomie entre une partie fixe, obligatoire, et une partie variable et optionnelle se retrouvera de manière plus détaillée au sein de l'article 20 du statut général de la fonction publique de 1983. Les fonctionnaires peuvent percevoir des « *indemnités tenant compte des fonctions et des résultats professionnels des agents ainsi que des résultats collectifs des services* ».

Le droit de la fonction publique a donc toujours prévu une marge de manœuvre dans la rémunération des fonctionnaires pour « éventuellement » tenir compte de leurs résultats professionnels. Cependant, les conclusions d'un rapport du comité d'enquête sur les coûts et le rendement du service public rendu en avril 2004<sup>50</sup> faisaient état d'un recours très inégalitaire à ces primes en fonction des ministères. Le rapport notait par exemple que seuls les fonctionnaires de « catégorie A » faisaient l'objet d'une modulation de ces primes selon les fonctions exercées, tel qu'enjoint par la loi.

## 2. La généralisation des primes avec la mise en place de la « PFR » puis du « Rifseep »

Il manquait donc un véritable instrument d'attribution de ces primes capable de tenir compte de l'activité générée par le fonctionnaire, une véritable traduction pécuniaire des résultats professionnels.

Le pouvoir réglementaire tenta une première fois d'y remédier en 2008 avec la mise en place de la prime de fonction et de résultat<sup>51</sup>. Cette prime est composée d'une première partie « fonction » tenant compte des responsabilités, du niveau d'expertise et des sujétions spéciales liées aux fonctions exercées et d'une seconde partie « résultats » fixée au regard des conclusions de la procédure individuelle d'évaluation. Versée selon une périodicité mensuelle, elle s'applique à une liste de corps et emplois fixée par arrêté pour chaque ministère. Cependant, aucun de ces corps ou emplois n'appartient à la fonction publique hospitalière.

---

<sup>48</sup> *L'Etat et les fonctionnaires*, Paris, Giard et Brière, 1913.

<sup>49</sup> Loi n°46-2294 du 19 octobre 1946 portant statut général des fonctionnaires

<sup>50</sup> Comité d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, 2004, *La gestion des régimes indemnitaires et la modulation des primes*

<sup>51</sup> Décret n°2008-1533 du 22 décembre 2008 relatif à la prime de fonction et de résultats.

La fonction publique d'Etat a connu une évolution en la matière en 2014<sup>52</sup> avec la fin de la prime de fonction et de résultat et la mise en œuvre du régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel (Rifseep). Avec l'objectif annoncé de rationaliser et simplifier le paysage indemnitaire de la fonction publique, le Rifseep est également composé de deux indemnités. Une indemnité de fonction, de sujétions et d'expertise fixée selon le niveau de responsabilité et d'expertise requis dans l'exercice des fonctions à laquelle s'ajoute un complément indemnitaire annuel tenant compte de l'engagement professionnel et de la manière de servir. A ce jour, plus de 500 corps et emplois de la fonction publique ont accédé à ce régime indemnitaire.

### **B) Le cas particulier des directeurs d'hôpital**

A l'image des autres corps de la fonction publique, le régime indemnitaire des directeurs d'hôpital a toujours prévu l'éventualité de primes accordées selon les fonctions occupées. Ces primes ont progressivement été modulées en fonction des conditions de travail, puis avec l'introduction de la PFR, aux véritables résultats professionnels des directeurs d'hôpital.

#### 1. Un système de prime aussi ancien que le statut des directeurs d'hôpital

Jusqu'en 2005, la rémunération des directeurs d'hôpital est, comme pour l'ensemble des autres agents de la fonction publique hospitalière, composée d'un traitement auquel pouvaient s'ajouter des primes. Il existait notamment une « prime de service », calculée pour partie en fonction de la note d'évaluation annuellement reçue par le directeur. Les textes ne prévoyaient pas de primes propres au corps des directeurs d'hôpital.

A partir de 2005, ces primes se sont précisées et tentent de prendre en considération non seulement les fonctions exercées, mais également les conditions de travail. Le pouvoir réglementaire essaie par exemple de tenir compte de la multiplication des directions communes et leur impact sur la charge de travail des directeurs. En effet, le décret du 2 août 2005<sup>53</sup> dispose que leur régime indemnitaire comprend désormais une prime de fonction, mais également une « prime spécifique de sujétions » et une « indemnité de direction commune ».

#### 2. La mise en place du système actuel : la Prime de fonctions et de résultats des personnels de direction

La prise en compte des conditions de travail des directeurs d'hôpital par le régime indemnitaire qui leur est appliqué va être renforcée par l'intronisation de la prime de fonctions et de résultats en 2012<sup>54</sup>. Sa promulgation abroge de fait quelques anciennes primes comme « l'indemnité

---

<sup>52</sup> Décret n°2014-513 du 20 mai 2014 portant création du Rifseep.

<sup>53</sup> Décret n°2005-932 du 2 août 2005 relatif au régime indemnitaire des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986

<sup>54</sup> Décret n°2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

d'intérim » et « la prime spécifique de sujétions ». A travers cet outil, les primes liées à l'activité et aux fonctions des directeurs se retrouvent directement intégrées dans le processus de l'évaluation.

Comme son nom le laisse entrevoir, cette prime est composée d'une part attribuée par rapport à la fonction occupée, et d'une part calculée à partir des résultats de l'évaluation annuelle du directeur. Ces deux parties du dispositif se cumulent et sont toutes les deux modulées. D'un côté, la part « fonction » se base sur une cotation d'une base de référence établie par la Direction générale de l'offre de soins<sup>55</sup>. Elle prend en compte la nature des fonctions exercées, mais également l'octroi ou non d'un logement de fonction ou d'une allocation de logement. De l'autre, la part « résultats » de la prime de fonction et de résultats est calculée à partir d'un coefficient multiplicateur d'une valeur de référence, fixé par l'évaluateur à l'issue de l'entretien annuel d'évaluation. Situé en 1 et 6, ce coefficient sert à calculer une prime plafonnée à 20 000 euros par an.

Concernant la pérennité de ce système, on tend à penser que la prime de fonction et de résultats a encore de beaux jours devant elle. A ce jour, il n'est pas question d'une extension du dispositif « Rifseep » au corps des directeurs d'hôpital. De plus, le projet de loi de transformation de la fonction publique n'a pas prévu de modification de leur régime indemnitaire. Ainsi, bien que le corps des directeurs ait connu une évolution de son régime indemnitaire similaire aux autres fonctionnaires jusqu'aux années 2010, il se distingue aujourd'hui par son attachement au modèle de la PFR et son refus d'en changer au profit du RIFSEEP.

## **§ 2 - Une relative remise en question du principe d'égalité, valeur historique du service public et de la fonction publique**

Considéré comme l'un des principes inhérents à la gestion des carrières publiques (A) le principe d'égalité de traitement des agents des administrations n'en connaît pas moins une lecture nouvelle à travers des dispositifs tels que la prime de fonctions et de résultats des directeurs d'hôpital (B). Si l'introduction d'une part de rémunération variable peut aujourd'hui être conciliée avec le principe d'égalité aux yeux du législateur, le fait qu'elle ne s'applique qu'aux corps des directeurs d'hôpital peut engendrer des difficultés à l'échelle de l'établissement de santé (C).

### **A) La conception classique du principe d'égalité de traitement des fonctionnaires**

L'égalité de traitement des fonctionnaires est traditionnellement un principe essentiel au sein de la fonction publique. L'égalité prise au sens général étant une valeur à travers laquelle s'organise et se définit tout un pan de l'action publique. Comme le résume Marcel Pochard « *Si l'on veut [...] comprendre le système de fonction publique, il faut savoir que le maître mot qui caractérise son fonctionnement comme la mentalité collective des agents et de leurs représentants est celui d'égalité*

---

<sup>55</sup> Circulaire n°DGOS/DGCQ/2012/241 du 19 juin 2012.

*de traitement* ». Selon le professeur Melleray<sup>56</sup>, ce principe comprend deux facettes. Une première facette générale et impersonnelle selon laquelle on doit traiter les agents d'un même corps, de la même manière, et une seconde facette interdisant toute discrimination d'un agent particulier par rapport aux autres membres du corps.

A l'origine, la promotion de ce principe au sein de l'administration est le reflet de la volonté de protéger les agents de l'arbitraire de leurs supérieurs hiérarchiques. Cela s'inscrit en réaction à une période allant des réformes napoléoniennes au statut de 1946 durant laquelle se déroulait une gestion des fonctionnaires que l'on peut qualifier d'autoritaire. Le fonctionnaire était considéré comme un « citoyen diminué »<sup>57</sup> au service et soumis à la puissance publique. Le statut de 1946 favorise l'émancipation du fonctionnaire et renforce la protection dont il bénéficie vis-à-vis de l'administration. L'un des moyens employés sera donc la mise en avant de l'égalité de traitement de ces agents pour ainsi réduire la marge de manœuvre et l'incidence des managers publics sur la carrière des agents. C'est dans cette optique que certains grands principes de la gestion des agents publics ont été établis, tels que l'avancement à l'ancienneté ou la forfaitisation des primes.

Même si ce principe n'est pas présent au sein du statut général de la fonction publique, il a été consacré à diverses reprises par le juge à travers le prisme de l'égal accès des citoyens à la fonction publique. L'une des premières mobilisations de ce principe par le juge administratif découle du fameux arrêt Barel de 1954<sup>58</sup>. Le Conseil d'Etat énonce dans cette décision que l'administration ne peut, sans méconnaître le principe, écarter quelqu'un de la liste des candidats au concours de l'Ecole Nationale d'Administration en se fondant exclusivement sur ses opinions politiques. En 1959, le conseil d'Etat fait de l'égalité de traitement des agents publics, un principe général du droit<sup>59</sup>. Enfin, le Conseil Constitutionnel lui reconnaîtra une valeur constitutionnelle en 1976<sup>60</sup>. L'article 6 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen disposant que l'égalité des citoyens à l'admissibilité aux emplois publics est désignée comme son fondement textuel indirect. Dans cette dernière décision, le haut conseil avait été saisi par le parlement à propos d'une loi prévoyant la possibilité pour les jurys de concours de consulter les dossiers individuels des candidats aux emplois publics et avait prononcé sa conformité à la Constitution.

---

<sup>56</sup> MELLERAY Fabrice, *Droit de la fonction publique*, Economica 4<sup>e</sup> édition, 2017

<sup>57</sup> Cours de droit de la fonction publique de Charles Froger

<sup>58</sup> CE, Ass 28 mai 1954, Barel, n°28238 28493 28524 30237 30256

<sup>59</sup> CE, Ass, 6 mars 1959, Syndicat général de la CGT de l'administration centrale du ministère des finances

<sup>60</sup> CC, 15 juillet 1976, Loi modifiant l'ordonnance n°59-244 relative au statut général des fonctionnaires

## **B) Le régime des directeurs d'hôpital adjoints, l'illustration d'une conception renouvelée du principe d'égalité de traitement des fonctionnaires**

Le choix du législateur de mettre en place une part de rémunération variable, calculée selon « les mérites » des directeurs d'hôpital illustre une conception renouvelée du principe d'égalité de traitement entre les agents du service public. Jusqu'ici, un amalgame semblait s'établir entre égalité de traitement et égalité de rémunération entre des agents de mêmes catégories. Le fait de mettre en place des grilles indiciaires contrôlant l'évolution pécuniaire des agents répondait également à ce souci d'assurer une « égalité dans la progression » des agents publics. Désormais, assurer l'égalité de traitement des fonctionnaires reviendrait moins à s'assurer d'un traitement pécuniaire exactement équivalent, que de leur offrir des conditions d'exercice similaires et le mode d'appréciation de leurs compétences le plus objectif possible. Il convient en pratique d'assurer une égalité des chances d'atteindre les objectifs fixés, et non une égalité formelle dans tous les aspects de la vie professionnelle des fonctionnaires. Cette égalité des chances est en partie incarnée par ce nouvel outil d'évaluation, permettant d'identifier et de mettre en avant les compétences professionnelles mobilisées au cours de l'année. Ces compétences sont la base d'une part d'individualisation de la rémunération selon le mérite matérialisée par la part résultat de la prime de fonction et de résultats des directeurs d'hôpital.

La possibilité d'octroyer des primes individuelles existe depuis les premiers statuts de la fonction publique<sup>61</sup>. Cependant, le dispositif de la prime de fonctions et de résultats inscrit cette part de rémunération variable dans le « droit commun » du traitement des directeurs d'hôpital. Elle ne relève plus du domaine de l'exception, mais de celui de la règle. Ce faisant, le législateur observe une conciliation entre le droit à l'égalité de traitement, et un droit à la différenciation au mérite jusqu'ici considéré comme tabou au sein de la fonction publique. Cela a le mérite d'endiguer l'un des effets pervers de ce principe d'égalité qui est de tendre vers un « égalitarisme » empêchant toute différenciation, même la plus légitime.

Eu égard aux origines du principe d'égalité de traitement, cette évolution de la situation illustre également le changement de nature de la relation entre l'agent et son supérieur hiérarchique direct institué dans le cadre de l'évaluation. La suppression de la note fixée de manière unilatérale et souvent peu différenciée est assurément l'un de ses facteurs explicatifs. En effet, la mise en place d'un processus centré autour d'un entretien annuel donnant lieu à un échange sur la fixation d'objectifs et une co-construction de l'évaluation a pu encourager le législateur à s'affranchir des craintes anciennes

---

<sup>61</sup> Cf : Partie 1, Chapitre 2, Section 2, § 1 – l'encadrement des primes liées à l'activité et aux résultats des directeurs d'hôpital



de dérives autoritaristes. En somme, l'émergence d'un dispositif d'évaluation plus objectif, a favorisé une approche plus subjective de la rémunération.

### **C) La singularité de la prime de fonctions et de résultats, potentielle source de conflits et de méprises**

La part de différenciation salariale induite par la prime de fonctions et de résultats apparaît donc compatible avec une conception renouvelée du principe d'égalité de traitement. Néanmoins, son application très restreinte à l'échelle d'un établissement public de santé peut entraîner des complications liées à cette valeur d'égalité. Et pour cause, le système de la prime de fonctions et de résultats est assurément un élément de singularité parmi le personnel des établissements publics de santé. Les directeurs mis à part, le personnel médical et non médical d'un établissement de santé ne connaît pas de système aussi élaboré en matière de rémunération au mérite. Dès lors, s'il ne s'agit plus d'une rupture d'égalité entre les directeurs d'hôpital, il y a tout de même, entre le corps des directeurs et le reste des agents de l'établissement, une différence de traitement d'importance notamment sur le plan symbolique.

Cette inégalité est totalement légitime sur le plan juridique, puisque la jurisprudence administrative a démontré à plusieurs reprises que des agents placés dans des situations différentes peuvent faire l'objet d'un traitement différent<sup>62</sup>. Cependant, en pratique, cette unicité peut générer des réticences et des questionnements d'ordre éthique. La non application du dispositif à l'ensemble du personnel entraînera inévitablement des incompréhensions. En effet, il apparaît difficile de justifier aux yeux des autres agents, le fait que seule la rémunération des personnels de direction puisse être augmentée selon leur manière de servir. Pensée comme un outil incitatif et méritocratique, la prime de fonctions et de résultats se transformerait dès lors en instrument « oligarchique », sorte de pré-carré d'une certaine élite institutionnelle. Outre l'aspect pécuniaire, ne pas inclure l'ensemble des agents au sein de ce processus, inscrit les laissés pour compte en marge du mouvement globale de modernisation de la gestion publique des ressources humaines. De la différenciation permise pour une partie de la rémunération des directeurs, on aboutirait à de potentielles divisions générées par un sentiment d'injustice. Davantage que la teneur de ce dispositif, c'est donc son caractère singulier qui tend à renforcer l'idée selon laquelle ce type de rémunération contreviendrait aux principes du service public.

Les agents auxquels ce système ne s'applique pas ne sont pas systématiquement au courant de son détail, tout au plus que les directeurs perçoivent « des primes » variables. Pour autant, il serait imprudent de sous-estimer la portée de l'image renvoyée par le personnel de direction d'un

---

<sup>62</sup> CE, Sect, 10 mai 1974, Denoyez et Chorques n° 88032 88148

établissement de santé auprès du reste de ses agents. Si Charles Maurice de Talleyrand-Périgord estimait déjà au XIX<sup>e</sup> siècle qu'« *en politique, ce qui est cru est plus important que ce qui est vrai* », au sein d'un établissement de santé ce qui est cru concernant la gratification des directeurs peut avoir plus d'impact que ce qui est vrai.

De plus, cette situation opposant les membres de la direction aux autres agents peut favoriser un amalgame entre les résultats de l'évaluation et les résultats financiers de l'établissement. Circonscrire ce mode de rémunération « en partie » variable à ceux qui sont notamment en charge des comptes peut donner l'impression que la gestion financière sera l'unique boussole de leur action. Ainsi s'alimente et se renforce une dichotomie artificielle que l'on peut observer lors de nombreuses instances d'établissement. Celle qui opposerait d'un côté le personnel soignant au service du patient et respectueux de ses missions de service public, et de l'autre la direction générale uniquement soucieuse de l'équilibre financier de la structure.

Cette opposition à l'échelle d'un établissement, que l'on peut considérer comme un conflit de valeur est également irriguée par la promotion de certains nouveaux principes du service public. Parmi eux, l'efficacité de l'action publique, et par extension de chacune de ses administrations. En partant du postulat que ce système de prime serait vecteur d'efficacité budgétaire, l'introduction de la prime de fonction et de résultat peut être considérée comme une preuve supplémentaire d'un changement de paradigme dans la gestion des hôpitaux publics.

Chaque élément du dispositif actuel d'évaluation des directeurs d'hôpital peut donc être analysé à la lumière des évolutions théoriques et pratiques de la fonction publique. De la prépondérance de l'entretien annuel d'évaluation, à l'introduction d'une part de rémunération au mérite en passant par le soin porté à la transparence du processus, toutes ces composantes sont frappées du sceau de la modernisation de la gestion publique. Ce système d'évaluation est le reflet des nouvelles exigences du législateur, des citoyens mais également des agents eux même envers la fonction publique. Venue corriger les erreurs de la notation, l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints peut pâtir de la confiance qu'elle accorde au directeur général, en charge de mener à bien son exécution. Cependant, ce travers apparaît comme la contrepartie indispensable à l'expression du plein potentiel de ce dispositif basé sur la relation entre l'évalué et l'évaluateur.

Preuve d'une gestion publique des ressources humaines en pleine phase de revitalisation, le modèle d'évaluation forgé par le législateur peut désormais être envisagé comme un facteur d'approfondissement des réformes engagées. L'outil évaluateur est une base sur laquelle le législateur peut s'appuyer, tantôt pour faciliter, tantôt pour approfondir la restructuration de la gestion publique qu'il est entrain d'opérer. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si le projet de loi de transformation de la fonction publique du 14 février 2019 pose la dernière pierre de la consécration du modèle de l'évaluation en effaçant toute trace de l'ancien système de notation dans le corpus législatif. En sus de ce rôle de soutien, l'outil de l'évaluation et la réflexion qu'il a engendré peuvent faire naître des nouveaux foyers de réforme au sein du mouvement global de transformation de la fonction publique. Comme nous nous apprêtons à le voir, le modèle d'évaluation des directeurs d'hôpital adjoint peut donc devenir l'une des composantes essentielles du renouveau de l'action publique et ainsi devenir à son tour un véritable outil de modernisation.

## **Partie II – Une modernisation de la gestion publique rendue possible par l'évaluation**

Le modèle actuel d'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints ouvre le champ des possibles en matière de transformation de la gestion publique dans le domaine de la santé. A travers la fixation et le suivi d'objectifs qu'il occasionne, c'est un canal privilégié de transmission. Si les directives transmises sont avant tout celles du directeur général en charge de l'évaluation, elles reflètent également les politiques publiques et réformes législatives en santé. Dès lors, toute la pédagogie de cet outil peut être mise au service du législateur pour accompagner, protéger et parfois compléter les transformations de l'établissement public de santé (Chapitre 1). Pour autant, l'influence de l'évaluation peut également dépasser le cadre de l'établissement de santé en tant qu'élément de gestion publique des ressources humaines. Ainsi, sous réserve d'une plus grande considération et de quelques ajustements, l'outil évaluateur peut se muer en un réel facteur de modernisation de la gestion du corps des directeurs d'hôpital (Chapitre 2).

### **Chapitre 1 – Un outil à même d'accompagner les transformations de l'établissement public de santé**

Bien que ce ne soit pas le domaine le plus souvent mis en avant, chaque réforme hospitalière a eu un impact sur la fonction de directeur d'hôpital, et donc sur celle de directeur d'hôpital adjoint. Le dispositif d'évaluation étant devenu un élément central de la carrière de ces agents, il est fatalement amené à jouer un rôle dans la bonne réception et la bonne incorporation de ces réformes parmi leurs missions. En ce sens, l'évaluation a un véritable rôle à jouer vis-à-vis de l'une des transformations majeures de notre système de santé, la coopération hospitalière (Section 1). L'évaluation est également au cœur de nouveaux enjeux témoignant d'un rapprochement entre les pratiques des secteurs privés et publics (section 2).

#### **Section 1 – Un système d'évaluation en phase avec l'avènement de la coopération hospitalière**

Du point de vue de l'offre hospitalière publique de soins, la période actuelle se caractérise par un phénomène de coopération, de regroupement ou de fusion d'établissement. Bouleversant le champ d'action de nombreux professionnels du monde de la santé et notamment les directeurs d'hôpital adjoints ( § 1). Cette restructuration parfois brutale peut se voir adoucir par l'outil de l'évaluation (§ 2).

## **§ 1 – La mise en place de la coopération hospitalière : une réforme d’ampleur aux nombreuses répercussions sur la fonction de directeur d’hôpital adjoint**

La coopération hospitalière s’est progressivement installée comme une composante essentielle de la gouvernance d’un établissement public de santé (A). Ce faisant, elle fait évoluer la philosophie de la direction d’établissement et la pratique du métier de directeur d’hôpital (B).

### **A) Un objectif commun aux différentes réformes hospitalières**

Véritable fil rouge de la modernisation des établissements publics de santé, la coopération hospitalière a vu son importance grandir au fil des réformes hospitalières. On peut définir cette notion comme une modalité de rapprochement entre des entités juridiques autonomes - les établissements de santé - confrontés à des difficultés qu’ils ne peuvent résoudre seuls<sup>63</sup>. La coopération entre structures hospitalières peut s’établir à l’échelle d’une activité ou d’un service mis en commun comme l’imagerie médicale ou la pharmacie. Elle peut également s’établir à l’échelle de l’établissement à travers la mise en place d’une direction commune, d’un projet de santé partagé voire d’un budget unique dans la forme la plus aboutie du regroupement, à savoir la fusion entre établissements. Lorsque cette mise en commun n’entraîne pas la création d’une personnalité morale substitutive on parle « coopération fonctionnelle ». En revanche, lorsque la collaboration implique la constitution d’une personnalité morale tierce bénéficiant d’une autonomie financière et patrimoniale, on la désignera sous le terme de « coopération organique ».

Chaque grande loi portant réforme du système de santé a souhaité promouvoir un outil de coopération, fonctionnelle ou organique. La première pierre du grand édifice qu’est devenue la coopération hospitalière fut posée par la « loi Boulin <sup>64</sup> » de 1970 en créant les syndicats inter-hospitaliers. Dans une optique de développement du service public hospitalier nouvellement consacré, ces entités pouvaient créer ou gérer des services communs à plusieurs structures hospitalières. La loi du 31 juillet 1991 a quant à elle souhaité encourager le secteur de la santé à se saisir d’outils de coopération existants tels que le Groupement d’Intérêt Economique (GIE) et le Groupement d’Intérêt Public (GIP). Visant à faciliter les collaborations avec des acteurs privés, ces outils ont surtout été utilisés pour s’associer autour de la gestion et l’utilisation d’équipement lourd (l’Imagerie par Résonance Magnétique par exemple). Quelques années plus tard, les « ordonnances Juppé »<sup>65</sup> ont offert au secteur de la santé son outil de coopération organique le plus abouti avec le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) qui sera par la suite enrichi. Disposant de la personnalité morale, il gère pour le compte de ses membres des équipements d’intérêt commun ou une activité commune à plusieurs établissements. Enfin, l’étape décisive de cette évolution des

---

<sup>63</sup> Définition proposée par Catherine Keller, Professeure à l’Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<sup>64</sup> Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

<sup>65</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l’hospitalisation publique et privée

pratiques de santé est intervenue par la création des Communautés Hospitalières Territoriales<sup>66</sup> (CHT) et surtout par leur transformation en Groupement Hospitaliers de Territoire (GHT)<sup>67</sup> en 2016.

Les CHT permettaient aux établissements publics de santé de conclure des conventions, sur la base du volontariat, pour instituer des communautés destinées à mettre en place des stratégies communes et des transferts de compétences. Face à leur succès relatif, le législateur a fait le choix de mettre en place un système plus contraignant à travers les GHT. En effet, les GHT sont un « *dispositif conventionnel obligatoire entre établissements publics de santé d'un même territoire par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé* »<sup>68</sup>. Selon la ministre en charge de la santé lors de leur introduction, Marisol Touraine, cette nouvelle forme de regroupement caractérise « *une opportunité pour renforcer le service public hospitalier, en conciliant la nécessaire autonomie des établissements et le développement des synergies territoriales* ».

### **B ) Un renouvellement de la philosophie des direction générales d'établissements publics de santé**

En pratique, ce nouveau dispositif affecte fortement l'environnement professionnel des directeurs d'hôpital adjoint. Comme l'illustre le cheminement législatif présenté, l'objectif initial de mutualisation des ressources médicales a trouvé son corolaire dans la « collectivisation » de la gestion administrative des établissements publics de santé à travers des directions communes. De plus, le démembrement d'une partie de la gestion de l'activité des établissements de santé à travers la coopération organique (GIE, GIP) s'est accompagnée d'une centralisation et d'un regroupement du reste de leur gestion (avec les directions communes). Ainsi, la direction commune est désormais le référentiel de base du directeur d'hôpital adjoint. Parmi les 135 groupements répertoriés le 1<sup>er</sup> juillet 2016, le *GHT Val-de-Marne Est* nous offre un exemple adapté à notre démonstration. Composé de deux établissements d'envergures équivalentes demeurant distincts, le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil et le Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint-Georges, il est piloté par une seule direction, commune à ces deux composantes. Au sein de cette direction, certains directeurs adjoints sont propres à chaque site, comme le directeur des ressources humaines ou la direction des soins. Cependant, la majorité d'entre eux sont compétents pour les deux sites (7 directions sur 10 sont communes aux deux sites). Le directeur des affaires financière de ce GHT se voit par exemple dans l'obligation de mettre en place une politique de gestion des ressources financières commune à deux établissements relativement différents. Il doit donc tenir compte des spécificités de chaque établissement tout en les orientant vers un même objectif. Ainsi, cette

---

<sup>66</sup> Loi n° 2009-879 du 21 décembre 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>67</sup> Article 107 n°2016-41 du 26 janvier 2016 de la loi de modernisation de notre système de santé

<sup>68</sup> Définition de l'Agence Régionale de la Santé d'Ile de France

transformation pratique du champ d'intervention des directeurs d'hôpital adjoints se double d'un changement de philosophie à l'échelle de la direction générale. Chaque direction d'établissement public est désormais invitée à raisonner de manière collective et à élaborer des stratégies de groupe.

Dans ce jeu d'équilibriste, la richesse du modèle d'évaluation des directeurs adjoints peut apporter une stabilité opportune.

## **§ 2 - Le caractère pédagogique et incitatif de l'évaluation au service de la coopération hospitalière**

A travers ses différentes composantes, l'évaluation des directeurs d'hôpital peut jouer un rôle à la fois proactif et rétrospectif pour accompagner ce changement. Symbole de ce pouvoir d'influence, le processus de fixation d'objectifs annuels peut être considéré comme un réel outil de réforme indirecte (A). D'un autre côté, la valorisation des résultats professionnels de ces agents doit également prendre conscience de ces nouveaux enjeux pour favoriser l'émergence d'une véritable « stratégie de groupe public » (B).

### **A) La fixation d'objectifs annuels, un véritable instrument de « soft power » au secours de la coopération entre établissements**

La souplesse et la composition du système actuel d'évaluation des directeurs adjoints en font un outil parfaitement capable de s'adapter aux spécificités de leurs missions apportées par la coopération hospitalière. Cette adaptabilité est symbolisée par la fixation d'objectifs qui a lieu lors du processus d'évaluation. En révisant chaque année les buts fixés aux directeurs adjoints, le directeur général de l'établissement ou du GHT peut tenir compte de ces modifications institutionnelles. L'évaluation telle qu'elle est conçue permet donc d'absorber le plus efficacement possible ces transformations d'importance vis-à-vis des attributions et des responsabilités des directeurs adjoints. En plus d'accompagner ces changements, la fixation d'objectifs peut également les préciser, en offrir une traduction concrète et quantifiée pour que le directeur adjoint prenne conscience de leurs répercussions sur sa situation individuelle.

Cette faculté d'adaptation aux nouvelles caractéristiques des établissements de santé offre un autre médium pour promouvoir ces réformes. C'est en effet une alternative aux discours officiels, circulaires ou autres communications de l'Agence Régionale de la Santé en matière de direction commune. L'évaluation est un canal de transmission ancré dans la pratique professionnelle concrète du directeur d'hôpital adjoint. Il conviendra ainsi de préciser dans les objectifs fixés, les axes de coopération à développer ou à renforcer lors de l'année à venir. Dans un sens, on pourrait comparer cette fixation d'objectifs à du droit souple, aussi appelé « Soft law », car elle permet d'inciter le directeur à adopter un comportement sans le contraindre dans une trop grande mesure. En effet, il est difficile de réellement parler de « contrainte » ou de « coercition » dans le cadre de l'évaluation. Pour

le faire, il aurait fallu que la part « résultat » de la prime de fonctions et de résultats puisse être négative et ainsi diminuer la rémunération du directeur d'hôpital adjoint en cas de non atteinte des objectifs liés à la coopération hospitalière.

L'évaluation est un outil d'autant plus précieux que dans cette difficile entreprise qu'est la coopération hospitalière, tous les soutiens sont bons à prendre. En effet, le passage des CHT basés sur le volontariat, aux GHT obligatoires démontre que ce mouvement de regroupement d'établissements a dû, dans une certaine mesure, s'effectuer à marche forcée. Avant l'avènement de cet impératif de coopération, les établissements de santé publics s'étaient installés dans une logique de concurrence plus ou moins assumée. Une concurrence directe ou indirecte par rapport aux patients, au recrutement du personnel ou encore par rapport aux autorisations de soins et d'équipements. Dès lors, le système d'évaluation est plus que précieux pour permettre à l'esprit de la coopération d'infiltrer toutes les strates d'action de ces directions communes. Les objectifs fixés doivent pour cela encourager les directeurs d'hôpital adjoints à agir non plus « contre » mais « avec » les établissements publics de leur territoire. Certains GHT regroupant jusqu'à 15 établissements, il est impossible de mettre en place une seule direction commune à toutes ces structures. Les directeurs adjoints de chaque site se doivent donc de coopérer et l'outil de l'évaluation peut leur servir d'aiguillon en la matière.

### **B) Une lecture plus « collective » des résultats professionnels à l'appui de l'émergence d'une stratégie de groupe public**

Le soutien de l'évaluation au phénomène de regroupement hospitalier doit tout autant s'illustrer dans sa dimension rétrospective. Si la fixation d'objectif doit se plier aux nouvelles exigences de la coopération hospitalière, l'appréciation des résultats professionnels des directeurs d'hôpital doit également suivre ce mouvement en conférant une place plus importante à leurs actions « coopératives ». Pour que le renouvellement du dispositif de l'évaluation s'intègre à la modernisation de la gestion publique hospitalière, il doit être vecteur d'une plus grande prise en compte de « la manière de servir collective » lors du bilan annuel. Le degré de collaboration et la manière de le faire doivent systématiquement faire partie des compétences observées dans le cadre de l'évaluation. Eu égard à la stratégie de « groupe public » aujourd'hui induite par les regroupements hospitaliers, les actions de collaboration doivent être valorisées et récompensées. Cela à travers les appréciations formulées par l'évaluateur ou le calcul des primes allouées.

Cette mise en exergue accompagne logiquement la nouvelle orientation des objectifs fixés précédemment présentée. Elle offrirait ainsi aux pouvoirs publics un autre biais d'implication des directeurs d'hôpital dans la mise en œuvre de cette grande réorganisation. On peut considérer que ces multiples incitations favoriseraient l'émergence d'un « esprit de groupe » au sein des groupements hospitaliers de territoire, à l'image de « l'esprit de corps » qui caractérise les corps d'armées, la



dimension martiale mise à part. Une véritable solidarité entre les différents directeurs et les différentes directions qui, si elle peut sembler artificielle dans un premier temps puisque fortement « encouragée », s’ancrerait réellement dans les pratiques professionnelles avec le temps.

La tournure plus collective donnée à la lecture des résultats professionnels des directeurs d’hôpital pourrait en outre être mise en parallèle voire reliée aux réflexions menées sur la mise en place de primes d’intéressement au sein de la fonction publique hospitalière. En effet, l’article 11 du projet de loi de transformation de la fonction publique prévoit que le directeur d’établissement peut mettre en place à l’échelle des services un intéressement collectif lié à la qualité du service rendu aux agents titulaires et non titulaires de sa structure. L’idée est donc d’attribuer une rémunération supplémentaires aux agents en fonction de la qualité rendue collectivement au sein d’un service. Le texte ne précise par pour l’heure si ce même mécanisme pourrait être institué par le directeur d’établissement ou le directeur du groupement à l’échelle d’une direction générale ou d’une direction commune. Si tel était le cas, la collaboration pourrait être l’un des éléments pris en compte pour apprécier la qualité du service rendu. On peut également imaginer que ce mécanisme se baserait en partie sur les résultats d’une évaluation professionnelle des directeurs adjoints désormais adaptée au gigantesque ouvrage que représente la coopération hospitalière.

## **Section 2 – Un instrument approprié au processus d’hybridation des modèles publics et privés**

La mise en œuvre, au sein de la fonction publique hospitalière, de principes jusqu’ici réservés aux secteurs privés a fait naître de nouveaux enjeux auxquels le mode d’évaluation peut en partie répondre. Dans le cadre de la concurrence nouvelle qui caractérise le recrutement des directeurs d’hôpital, l’évaluation est un facteur d’attractivité dont les pouvoirs publics doivent se saisir (§ 1). Pierre angulaire de l’action contemporaine des directeurs d’hôpital, l’évolution du régime financier des établissements publics de santé peut également tirer parti de l’outil évaluateur pour accompagner sa mue (§ 2).

### **§ 1 – Un facteur d’attractivité en mesure d’affronter les nouveaux enjeux liés au recrutement des directeurs d’hôpital adjoints**

La pérennité et le rayonnement des établissements publics de santé passent en partie par le renouvellement continu de son personnel de direction. Pour parvenir à cette fin dans le contexte actuel, les pouvoirs publics peuvent désormais utiliser l’outil de l’évaluation comme un facteur d’attractivité. Eu égard à la diversification des modes d’accès à la fonction de directeur d’hôpital, les avantages du dispositif d’évaluation peuvent tout autant servir à capter les futurs élèves directeurs (A) que les profils issus du secteur privé (B).

### A) Un facteur d'attractivité lors des concours de la fonction publique

Dans le processus de recrutement des directeurs d'hôpital, le système d'évaluation en vigueur peut être considéré comme un véritable atout. Sa richesse et ses avantages matériels sont en effet des éléments à mettre en avant auprès des individus envisageant de passer les concours de la fonction publique. Bien qu'ils n'aient pas vocation à devenir la motivation première de l'engagement d'un individu au service de la fonction publique hospitalière, l'évaluation professionnelle, la rémunération et les perspectives d'évolution sont autant d'éléments pouvant influencer un choix de carrière. A travers les différentes qualités présentées au cours de cette étude (dialogue, caractère incitatif de la part de rémunération, possibilités de mobilité notamment), c'est tout un pan des conditions d'exercice des directeurs d'hôpital qui recouvre un caractère attrayant grâce à son mode d'évaluation. En se plaçant « du point de vue de la fonction publique hospitalière » souhaitant recruter les meilleurs profils aux postes de directeur d'hôpital, l'évaluation devient donc un argument à mettre à son crédit.

Ce facteur d'attractivité est d'autant plus important que le recrutement des directeurs d'hôpital se fait très majoritairement par concours. Mode traditionnel de recrutement des agents publics, le concours est un des principes fondamentaux de notre république et de sa fonction publique. Inscrit dans le statut général de la fonction publique<sup>69</sup>, le concours est « *une compétition entre les candidats aux emplois à pourvoir dans un corps déterminé ou dans différents corps* »<sup>70</sup>. Il est la voie principale de recrutement des directeurs d'hôpital depuis un décret du 13 juin 1969<sup>71</sup> et a grandement participé à la construction du corps. Bien que considéré comme la voie d'accès à la fonction publique la plus démocratique, ce mode de recrutement n'est pas exempt de défauts ou de rigidités préjudiciables. En effet, la marge de manœuvre des pouvoirs publics en termes de recrutement se retrouve dans une certaine mesure limitée par la logique du concours. L'administration ne peut choisir un individu que dans la mesure où ce dernier s'est porté candidat lors du concours. La sélection opérée ne s'établit que dans un périmètre donné, dont l'administration ne maîtrise pas entièrement les concours. Les principes directeurs du concours empêchent ainsi l'administration de démarcher d'elle-même des profils qu'elle aurait ciblés en amont. De ce fait, la promotion de facteurs attrayant tels que le régime d'évaluation des directeurs d'hôpital devient un moyen d'inciter le plus grand nombre de profil à se porter candidat afin d'offrir le périmètre de sélection le plus important aux pouvoirs publics.

Le recrutement des futurs directeurs d'hôpital est également aujourd'hui contrarié par la concurrence entre les concours et donc entre les différents corps de la fonction publique. En effet, un nombre important d'étudiants désirant embrasser des carrières publiques intègrent des cycles de

---

<sup>69</sup> Article 16 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

<sup>70</sup> Définition du Professeur René Chapus

<sup>71</sup> Décret n°69-662 du 13 juin 1969 relatif à la nomination et à l'avancement du personnel de direction des établissements énumérés à l'article L.792 du code de la santé publique.

préparation à l'ensemble des concours d'entrée de la haute fonction publique. Même si les premiers concernés par le phénomène de concurrence sont les candidats entre eux, les différents corps de la fonction publique sont affectés par ce phénomène puisque certains candidats seront reçus à plusieurs concours et devront faire un choix. Cette situation devrait se retrouver renforcée par la réforme à venir de l'Ecole Nationale d'Administration. L'hypothèse d'une refonte de ses modalités d'accèsion et donc de la suppression de son concours qui est aujourd'hui considéré comme le plus prestigieux pourrait intensifier la concurrence entre les concours restant. Dans cet environnement, la modernité et les bénéfices du régime d'évaluation des directeurs d'hôpital sont un avantage comparatif à faire valoir aux yeux de ces candidats par rapport aux autres corps de la fonction publique. Beaucoup d'entre eux n'étant pas pourvu d'un système aussi complet et dynamique, notamment sur le plan pécuniaire. C'est ainsi un moyen de s'assurer un vivier de nouveaux talents toujours plus fourni au corps des directeurs d'hôpital.

### **B) Un outil pertinent pour la politique actuelle de recrutement des directeurs contractuels**

L'évaluation peut tout aussi bien être mise en avant pour attirer de nouveaux profils venus du secteur privé au sein des directions d'établissement publics de santé. Et pour cause, la modernisation de l'action publique passe aujourd'hui par une diversification des modes de recrutement et des profils des agents publics. L'une des solutions mobilisées à cette fin est le recours aux agents contractuels et le corps des directeurs d'hôpital n'y fait pas exception. Introduit par la loi « HPST » de 2009, le recours aux directeurs d'établissement contractuels est limité à 10 % des emplois et soumis à des conditions spécifiques<sup>72</sup>. Pour autant, ce procédé semble être de plus en plus privilégié par le législateur et les pouvoirs publics. A titre d'exemple, le projet de loi de transformation de la fonction publique prévoit d'ouvrir ce type de recrutement à toutes les catégories de fonctionnaires de l'Etat alors qu'il était jusqu'ici circonscrit aux fonctionnaires de catégorie A<sup>73</sup>.

En ce qui concerne la fonction publique hospitalière, la première référence réglementaire aux agents contractuels est un décret du 6 février 1991<sup>74</sup>. Ce texte énumérait principalement les modalités de recrutement, de licenciement et de prise de congés des agents contractuels. Progressivement, leur régime juridique s'est étoffé au point que l'on parle aujourd'hui de la formalisation d'un véritable « statut » des agents contractuels de droit public. Cette considération croissante de ceux que l'on appelle également les agents « non titulaires » est notamment visible au niveau des règles régissant

---

<sup>72</sup> Article 11 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>73</sup> Article 7 du projet de transformation de la fonction publique présentée le 14 février 2019

<sup>74</sup> Décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

leur évaluation. Depuis 2015<sup>75</sup>, tout agent contractuel recruté pour une durée de plus d'un an doit faire l'objet d'un entretien annuel d'évaluation. Ils sont donc ainsi associés à la modernisation des techniques d'évaluation des fonctionnaires. De plus, ce modèle d'évaluation centré sur un entretien annuel inspiré des méthodes utilisées dans le monde de l'entreprise assure une transition plus douce entre le secteur privé et le secteur public. L'application d'un dispositif plus rigide et plus estampillé « fonction publique » telle la notation aurait pu être un frein à l'ouverture aux agents non fonctionnaires. La souplesse et la modernité du processus actuel d'évaluation facilite donc ce passage temporaire et parfois soudain de travailleurs du secteur privé au sein des directions des établissements publics de santé.

Pour autant, si à travers l'entretien d'évaluation annuel, une partie du dispositif d'évaluation des directeurs d'hôpital fonctionnaires est appliqué aux directeurs contractuels, le système de primes qui y est normalement adossé ne l'est pas. Comme le rappelle une instruction de la direction générale de l'offre de soins du 2 avril 2015, les établissements publics de santé « *ne peuvent verser aux agents contractuels les primes ou indemnités réservées aux fonctionnaires* »<sup>76</sup>. Il est vrai que ces agents peuvent accéder à des avantages équivalents en négociant leur salaire puisque « *rien n'interdit que les établissements définissent, par la voie du contrat qui fixe les conditions de rémunération, un montant global de rémunération correspondant, de façon forfaitaire, à la rémunération principale et aux primes et indemnités que perçoivent des agents titulaires exerçant les mêmes fonctions et ayant la même expérience* ». Cette part de rémunération variable au mérite, en fonction des résultats de l'évaluation, ne leur est pas garantie. Toutefois, la possibilité de leur octroyer un système analogue aux directeurs fonctionnaires semble être encouragée par le législateur. En effet, l'article 11 du projet de loi de transformation de la fonction publique prévoit d'insérer au sein de l'article 20 du statut général de la fonction publique un alinéa précisant que la rémunération des agents contractuels « *peut tenir compte de leurs résultats professionnels et des résultats collectifs du service* ». On peut ainsi imaginer que le fait d'avoir « droit aux mêmes primes » que les autres directeurs pourrait être un facteur d'attractivité supplémentaire puisqu'il n'exclurait pas la possibilité de négocier son salaire. De cette façon, l'outil de l'évaluation servirait les choix effectués par le législateur pour parvenir à son objectif annoncé de modernisation de la gestion publique.

## **§ 2 – Evaluation et évolution de la tarification à l'activité**

Le système d'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints et le mode de financement des établissements semblent avoir été élaborés sur un même modèle méritocratique (A). A l'heure d'une

---

<sup>75</sup> Décret n°2015-1434 du 5 novembre 2015 portant diverses dispositions relatives aux agents non titulaires de la fonction publique hospitalière

<sup>76</sup> Instruction DGOS/RH4 n°2015 du 2 avril 2015 relative au régime indemnitaire applicable aux agents contractuels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière

nécessaire évolution du dispositif de la tarification à l'activité, l'évaluation des directeurs adjoints est un outil que les directeurs généraux seraient bien inspirés d'utiliser (B).

### **A ) Une logique méritocratique en commun**

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public soumis à un régime financier particulier. Dans un contexte général de maîtrise des dépenses publiques, le financement de l'hôpital par dotation globale a progressivement laissé place à un nouvel outil, la tarification à l'activité. En effet, parallèlement au développement de procédures d'évaluation de la qualité et la sécurité des soins (accréditation puis certification), un pan important de l'activité des hôpitaux public a vu son financement être bouleversé dans le cadre « du plan hôpital 2007 ». Une série de mesures annoncées le 20 novembre 2002 par Jean-François Mattei<sup>77</sup>, visant à installer une nouvelle gouvernance à l'hôpital et un nouveau mode de financement à travers la tarification à l'activité. Ce type de tarification met en place un système de « *paiement prospectif au séjour, basé sur l'activité effectivement réalisée par l'établissement* »<sup>78</sup>. Pour ce faire, les établissements doivent instaurer une activité de codage permettant de classer les actes réalisés par Groupes Homogènes de Malades (GHM). Les coûts générés par ces GHM doivent être couverts par les tarifs de groupes homogènes de séjours (GHS) fixés par le ministère de la santé. Cela s'applique aux activités de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie) et de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation).

Le passage de la dotation globale annuelle à la tarification à l'activité témoigne d'un changement de philosophie. On passe d'un financement relativement immuable se répétant d'une année sur l'autre, à un outil désirant lier le financement de l'établissement à l'activité réellement effectuée et donc à ses véritables besoins. Cette transition peut être mise en parallèle avec l'évolution du système d'évaluation des directeurs adjoints, et des valeurs dont elle est porteuse. L'évaluation a désormais pour ambition de faire correspondre ses conclusions avec l'activité réelle des directeurs. On souhaite ainsi en faire un outil à même de relever les compétences professionnelles véritablement mobilisées lors de l'année écoulée.

En plus de s'inspirer d'une même philosophie, le système actuel d'évaluation peut également être considéré comme une conséquence et une illustration de la nouvelle dynamique installée par la tarification à l'activité. En se basant sur l'activité réellement réalisée, le mécanisme de la tarification à l'activité « contraint » indirectement les établissements à « mériter l'argent qui leur est alloué ». Cela favorise ainsi l'instauration d'une logique méritocratique en matière de ressources économiques. L'évaluation des directeurs adjoints apparaît comme une émanation de cette méthode méritoire.

---

<sup>77</sup> Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées du 7 mai 2002 au 31 mars 2004

<sup>78</sup> HIRTZLIN Isabelle, Le financement des établissements de santé par la tarification à l'activité : impasses et pistes de solutions

Effectivement, le développement d'un système d'évaluation plus clairvoyant vis-à-vis de la valeur professionnelle des directeurs adjoints les « oblige » à mériter leurs primes ou l'impact sur leur carrière que peut avoir une évaluation positive. Comme pour la tarification à l'activité, on s'assure que l'octroi d'avantages soit calculé sur une base concrète et observable. Il y a donc une volonté de rompre avec un avancement à l'ancienneté figé dans le marbre et sans lien avec le travail réellement effectué, qui a longtemps caractérisé la fonction publique.

De plus, on met souvent au crédit de la tarification à l'activité une acculturation à la dimension économique de l'activité hospitalière. Cette prise de conscience a renforcé cet impératif de rendre des compte vis-à-vis de leur activité, de plus en plus présent dans la sphère hospitalière. Les établissements devant justifier d'un certain rendement d'activité, il apparaissait logique que les directeurs d'établissements dussent en faire autant.

### **B ) L'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints, un moyen d'absorber le virage « qualitatif » de la tarification à l'activité**

Malgré le dynamisme de son mécanisme, la tarification à l'activité n'est pas exempte de tout reproche et de nombreuses réflexions sur sa modification ont vu le jour. Une étude de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) de 2013<sup>79</sup> a mis en lumière plusieurs effets pervers nés de l'introduction de la tarification à l'activité. Parmi eux, une augmentation incontrôlée et injustifiée du volume d'activité débouchant sur une facturation excessive des établissements. En effet, comme l'énonçait l'universitaire Alain Desrosières, « *compter les choses, c'est toujours les définir, dire ce qu'elles doivent être et ce qu'elles ne doivent pas être* »<sup>80</sup>. En calquant le financement des établissements sur le nombre d'actes réalisés, ce modèle de tarification les a incités à réaliser toujours plus de séjours, notamment dans des domaines à marge positive. Cette augmentation s'est parfois effectuée au détriment de la cohérence et de la qualité des soins prodigués.

De ce fait, les pouvoirs publics envisagent désormais de remanier le dispositif pour allier des critères qualitatifs aux indicateurs quantitatifs actuellement en place. En ce sens, un rapport remis par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques à la ministre de la santé en février 2019 déclarait que « *le paiement à la qualité et à la pertinence [des soins] a vocation à devenir un compartiment de financement à part entière pour améliorer les résultats du système de santé* »<sup>81</sup>. L'idée est ainsi de faire évoluer des outils comme l'incitation financière pour l'amélioration de la qualité (IFAQ) pour les incorporer à la tarification à l'activité.

---

<sup>79</sup> IRDES, document de travail n°56 et questions d'économie de la santé n°186, 2013.

<sup>80</sup> JUVEN Pierre-André, Une santé qui compte ? Les couts et les tarifs controversés de l'hôpital public, 2016, PUF

<sup>81</sup> Rapport « Réformes des modes de financement et de régulation », 2019, DREES

Encore une fois, le dispositif d'évaluation des directeurs d'hôpital adjoint semble aujourd'hui prêt à accompagner au mieux cette évolution. Afin d'embarquer l'ensemble des acteurs des établissements publics de santé dans ce « virage qualitatif », la feuille de route transmise lors de l'évaluation peut être un soutien précieux. Bien que les directeurs d'hôpital adjoints soient moins directement concernés que la direction des soins, les projets qu'ils sont amenés à développer auront assurément un impact sur les soins ou sur l'organisation générale des soins. Il leur appartient donc également de stopper cette course à l'activité et de se fixer comme objectifs prioritaires la qualité et la pertinence des soins. Les directeurs adjoints peuvent être le relais nécessaire à cette réorientation du mode de financement des établissements et l'outil de l'évaluation peut en être l'un des vecteurs.

## **Chapitre 2 – Un instrument enclin à fonder une gestion du corps des directeurs d'hôpital plus aboutie**

Depuis une ordonnance de 2005<sup>82</sup>, un établissement public administratif est entièrement dédié à la gestion des carrières d'un certain nombre des personnes des établissements publics de santé et notamment les directeurs d'hôpital : le Centre National de Gestion. Témoignant d'une attention particulière portée à l'évolution professionnelle des directeurs d'hôpital, la création de cet organisme coïncide avec l'avènement de leur système actuel d'évaluation dont il est désormais en charge. L'existence de ce dispositif additionnée à celle de cet établissement offre donc au législateur deux bases solides et complémentaires sur lesquelles s'appuyer dans son entreprise de modernisation de la gestion publique. Leur utilisation combinée peut en effet favoriser la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des carrières nécessaire au corps des directeurs d'hôpital de demain (Section 1). Une implication plus importante du Centre National de Gestion peut également permettre un usage renouvelé et enrichi des composantes de l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints (Section 2).

### **Section 1 – La formalisation d'une véritable gestion prévisionnelle des carrières : une réforme attendue**

Le dispositif d'évaluation des directeurs d'hôpital basé sur un entretien annuel a l'avantage d'être un outil propice à la collecte d'information sur la situation professionnelle des évalués. Ces données précieuses peuvent servir à formaliser une gestion prospective de la mobilité des directeurs adjoints (§ 1). L'étude des différents critères de cette évaluation nous pousse également à réfléchir au type de profil que ce système cherche à faire émerger. En effet, la polyvalence qui semble être encouragée peut s'établir au détriment d'une nécessaire spécialisation des directeurs d'hôpital adjoints (§2).

---

<sup>82</sup> Ordonnance n°2005-1112 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière

## **§ 1 – L'évaluation au soutien d'une approche prospective de la gestion des directeurs d'hôpital adjoints**

Les informations collectées dans le cadre de l'évaluation annuelle des directeurs d'hôpital sont une ressource précieuse à bien des égards. En sondant les directeurs adjoints et en faisant en sorte qu'ils partagent leurs intentions quant à la suite de leur carrière, l'évaluation offre aux établissements publics de santé un moyen d'anticiper la gestion de leur personnel de direction (A). Ces informations servent également le directeur dans sa propre gestion de carrière, à condition qu'elles soient véritablement prises en compte (B)

### **A) Une prospection au soutien de l'organisation des établissements publics de santé**

Au début des années 2000, divers travaux de la Direction de l'Animation de la recherche, des Etudes et des statistiques (DARES) dépendant du ministère du travail ont mis en lumière un phénomène de dépression démographique au sein de la fonction publique hospitalière. L'effet combiné des nombreux départs à la retraite et des créations d'emplois a engendré un grand besoin de main d'œuvre auquel les pouvoirs publics ne pouvaient pas répondre de manière adéquate<sup>83</sup>. Pour remédier à ce type de phénomène et afin de développer une véritable stratégie de gestion prévisionnelle et prospective des emplois de la fonction publique hospitalière, deux actions principales ont été menées. L'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière a d'abord été institué en fin d'année 2001<sup>84</sup>. Ensuite, la Direction générale de l'offre de soins a réalisé un répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. L'objectif de cette grande entreprise était de suivre avec plus d'acuité l'évolution des emplois de la fonction publique hospitalière. Identifier les métiers considérés comme sensibles ou susceptibles de le devenir ainsi que recenser les nouvelles fonctions et leurs caractéristiques permettrait ainsi de mieux anticiper les départs à la retraite. Michel Godet définit cette recherche prévisionnelle comme « *un regard sur les avenir possibles destinés à éclairer l'action présente* »<sup>85</sup>.

Fort logiquement, les pouvoirs publics ont souhaité impliquer les établissements publics de santé à travers des appels à projet et les inviter à « *s'inscrire dans une démarche métiers / compétences* »<sup>86</sup>. Les services des ressources humaines de ces structures ont donc été mobilisés à cette fin. Dans les établissements qui l'avaient mis en place, l'un des outils sur lequel ils se sont basés est l'entretien annuel d'évaluation. Dans les établissements obéissant uniquement au système de la notation, l'absence des apports de l'entretien individuel est apparue comme une limite au développement d'une

---

<sup>83</sup> NOGUERA Florence et LARTIGAU Jérôme, « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », *Management & Avenir*, 2009, pages 290 à 314

<sup>84</sup> Décret n°2001-1347 du 28 décembre 2001 modifiant le décret n°88-981 du 13 octobre 1988 relatif au Conseil Supérieur de la fonction publique hospitalière

<sup>85</sup> GODET Michel, *De l'anticipation à l'action*, Dunod, 1991

<sup>86</sup> Circulaire DHO/P1 n°2007-6369 du 9 octobre 2007



gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. En effet, le dialogue instauré dans le cadre de l'évaluation permet à l'évaluateur d'interroger l'évalué sur ses perspectives d'avenir professionnel, ou à l'évalué de les évoquer spontanément.

Le corps des directeurs d'hôpital semble avoir été mis à l'écart de cette réflexion, notamment car les besoins en termes de main d'œuvre ne se faisaient à l'époque pas aussi pressants que pour d'autres personnels. Cependant, la situation a évolué et la formalisation d'une véritable gestion prévisionnelle des postes de directeurs d'hôpital adjoints est aujourd'hui un enjeu majeur. Au sein de directions générales en constante effervescence, la vacance des postes de certains directeurs adjoints est un phénomène récurrent. Et pour cause, les directeurs d'hôpital adjoints ont une forte propension à la mobilité. La « durée de vie » d'un directeur adjoint à son poste est faible. En s'intéressant au parcours professionnel des personnes interviewées pour cette étude, on a pu se rendre compte que leur présence à un même poste excédait très rarement trois années. De plus, rares sont les établissements au sein desquels on observe aucun changement dans l'organigramme de la direction générale sur une durée supérieure à un an. D'après le dernier avis de vacance d'emplois de directeurs adjoints publié au journal officiel le 4 juin 2019, 70 postes de directeur adjoints seraient actuellement inoccupés. La majorité d'entre eux concernent des domaines essentiels à la gestion des établissements de santé tels que les affaires financières ou les ressources humaines. Bien que le système d'intérim se développe et que le champ d'action des directeurs en poste s'étende à travers les directions communes, une telle carence demeure problématique.

Pour tenter d'endiguer cette instabilité chronique, une gestion prévisionnelle des emplois au sein du corps doit être esquissée en se basant sur l'outil de l'évaluation. En effet, l'entretien d'évaluation est un instrument tout aussi pertinent en ce qui concerne les directeurs d'hôpital adjoints. A travers lui, ils peuvent faire part de leurs envies de départ à plus ou moins long terme. Ces desiderata trouvent souvent leur origine dans un impératif de mobilité géographique, les directeurs étant rarement affectés dans la région qu'ils souhaitent lors de leurs premières années d'exercice. Ils peuvent également être engendrés par un désir de changer de spécialité. Passer par exemple de la direction des ressources humaines d'un établissement à celle de la recherche ou des relations internationales d'un autre (ou du même).

Quelle que soit leur origine, si ces informations concernant l'avenir professionnel des directeurs adjoints étaient mieux relayées par les chefs d'établissements évaluateurs ou le Centre National de Gestion, elles pourraient permettre de mieux anticiper ces mouvements. L'entretien d'évaluation doit servir à prévenir cette fluctuation des postes à défaut de pouvoir la contenir. Cela implique une meilleure communication, une meilleure utilisation et une meilleure coordination autour des informations récoltées grâce à l'évaluation lorsqu'elle révèle des velléités de départ. Une meilleure

communication entre les établissements publics de santé, à travers leurs directeurs généraux pour transmettre au plus vite les informations essentielles à l'anticipation de ces évolutions. Une meilleure utilisation et une meilleure coordination du Centre National de Gestion qui pourrait se charger de recenser ces mouvements à venir pour prévenir les situations sensibles.

Ainsi, l'évaluation des directeurs apporterait une aide précieuse à l'heure où la modernisation de la gestion des établissements de santé requiert plus que jamais une stabilité organisationnelle.

### **B) Une introspection au soutien de la gestion (construction) personnelle de sa carrière pour le directeur d'hôpital adjoint**

Du point de vue du directeur adjoint, cette collecte d'information peut également œuvrer à une meilleure visibilité et une plus grande mobilité au sein du corps des directeurs d'hôpital. Chaque support d'évaluation consacre une place à l'expression de souhaits en matière de mobilité fonctionnelle et géographique. Cet outil lui permet donc de réfléchir de façon continue à son avenir professionnel. Une réflexion nourrie par l'échange annuel dont il bénéficie avec son chef d'établissement évaluateur et qui lui permet d'établir un véritable plan de carrière. En plus d'être un facteur de dynamisme pour l'évolution des directeurs adjoints, la formulation de ces souhaits offre aussi à l'agent une porte de sortie en cas de difficultés professionnelles.

Encore une fois, pour que ce système exprime son plein potentiel, il faut que l'expression de cette volonté de mobilité soit relayée et prise en compte par le Centre National de Gestion. Ce dernier doit réellement jouer ce rôle d'intermédiaire pour assurer l'effectivité de cette mobilité. Selon certains des directeurs rencontrés lors de cette étude, ce n'est pas systématiquement le cas. Certains directeurs adjoints demeureraient relativement isolés par rapport à d'autres, notamment pour des raisons géographiques. « *Tout le monde n'a pas le droit à sa news dans Hospimédia ou son gros projet à faire valoir à l'Agence régionale de la Santé* »<sup>87</sup>. Le lien offert par le Centre National de Gestion se doit donc de les reconnecter, les repositionner sur le « marché des directeurs » pour que tous jouissent de la même égalité des chances.

On peut également considérer que le rôle du Centre National de Gestion ne se limite pas à celui d'un simple intermédiaire. Ajouter une dimension prospective à la gestion des carrières des directeurs nécessiterait en effet un travail de fond pour répertorier les différents profils existants. Cette démarche pourrait agir comme une aide à la décision, à destination des recruteurs des directeurs adjoints. En effet, un dossier de candidature ne comporte la plupart du temps que les trois dernières évaluations du postulant. Dans un système où la plupart des appréciations demeurent positives voire très positives, le Centre National de Gestion pourrait leur servir d'aiguillon en présentant une synthèse plus fournie.

---

<sup>87</sup> Propos recueillis lors des entretiens réalisés auprès de directeurs d'hôpital adjoints.

Sans aller jusqu'à classer des « bons » ou des « mauvais » profils, ce travail permettrait peut-être d'orienter les bonnes personnes aux bons postes (dans le sens d'un poste qui leur correspond). On pourrait ainsi espérer modérer le rythme actuel de turnover au sein des directions générales.

## **§ 2 – L'évaluation à la croisée des chemins entre polyvalence et spécialisation**

La progression professionnelle des directeurs d'hôpital adjoints passe aujourd'hui par une diversification des domaines fonctionnels pris en charge. Cet impératif de polyvalence peut s'établir en dépit d'une spécialisation aujourd'hui nécessaire, eu égard aux spécificités des établissements publics de santé (A). De ce fait, une réflexion est à mener vis-à-vis du profil de directeur que l'on souhaite promouvoir. Parce qu'elle aiguille en grande partie l'action des directeurs d'hôpital, l'évaluation est une fois de plus l'une des composantes de cette réflexion (B).

### **A) Un système actuel encourageant la polyvalence au détriment de la spécialisation**

Dans le modèle actuel de carrière des directeurs d'hôpital, le passage d'un poste directeur adjoint à celui de chef d'établissement n'est pas automatique. Eu égard aux textes législatifs et réglementaires en vigueur concernant la sélection et la nomination aux emplois de direction des établissements publics de santé<sup>88</sup>, cette promotion répond à un certain nombre de conditions et passe par une procédure de sélection. Hors le cas particulier des emplois fonctionnels (à la discrétion de l'Etat), cette sélection est constituée des étapes suivantes. Tout d'abord, à la suite de la publication au journal officiel des postes de chefferie vacants, le Centre National de Gestion reçoit les dossiers de candidatures des directeurs intéressés. Son directeur les transmet par la suite à un comité de sélection. Ce dernier est composé de diverses personnes qualifiées comme le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, deux représentants du Centre National de Gestion, dont son directeur, quatre représentants des personnels de direction désignés par les organisations syndicales et une personnalité qualifiée en recrutement désignée par le Ministère de la Santé. Il procède à l'examen des candidatures des professionnels sur la base de différents critères tels que les acquis de l'expérience, la mobilité, les compétences et les évaluations. Le comité propose ensuite au directeur du Centre National de Gestion une liste de six candidats maximum. Cette liste sera transmise au directeur de l'Agence Régionale de la Santé territorialement compétente qui choisira trois candidats. Après un dernier avis des commissions paritaires compétentes, le directeur du Centre National de Gestion prononcera la nomination définitive du candidat retenu.

Ce fastidieux cheminement passe donc par une phase importante, celle de l'examen du comité de sélection. Pour les directeurs adjoints souhaitant accéder à leur premier poste de directeur général

---

<sup>88</sup> Décret n°2010-261 du 11 mars 2010 relatif aux procédures de sélection et de nomination aux emplois de direction des établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant diverses dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

d'établissement, l'un des critères retenus par le comité le plus important et le plus contraignant est celui de la mobilité fonctionnelle. En effet, avant de devenir chef d'établissement, un directeur doit avoir occupé des postes dans au moins trois domaines fonctionnels différents. Cela implique par exemple d'avoir été directeur des affaires financières, directeur en charge de la qualité et directeur des investissements et de la stratégie patrimoniale au cours de sa carrière. La progression du directeur adjoint vers la direction d'un établissement est ainsi assez logiquement conditionnée à une certaine polyvalence professionnelle. Ce faisant, le directeur adjoint souhaitant un jour accéder au statut de directeur général est d'une part incité à changer de poste tout en diversifiant son champ d'action d'autre part. Cette incitation pose la question du modèle de carrière que l'on souhaite promouvoir au sein du corps des directeurs d'hôpital. Car cette trajectoire généraliste peut s'établir au détriment d'une spécialisation professionnelle dans un domaine précis.

Dans un environnement hospitalier qui se distingue aujourd'hui par sa complexité et sa technicité, on est en droit de se demander si cette absence de spécialisation est souhaitable. Est-il possible d'être à la fois un bon directeur des ressources humaines et un bon directeur des affaires financières ? Bien que le pilotage des différentes directions d'un établissement public de santé fasse appel à un même ensemble de compétences managériales, chaque domaine possède ses caractéristiques propres exigeant pour certaines un haut degré d'expertise. Outre certaines compétences techniques qui ne peuvent s'acquérir qu'à travers une expérience longue et continue dans une spécialité, l'incitation au parcours généraliste peut influencer sur l'implication des directeurs d'hôpital adjoints. En effet, cette prime à la diversification peut inconsciemment dissuader l'agent de s'investir corps et âme dans une spécialité qu'il sait n'être que temporaire dans sa carrière.

### **B) Une réforme du système pouvant se baser sur l'évaluation annuelle**

En tant que feuille de route de l'action des directeurs d'hôpital adjoints, l'évaluation est un terrain opportun pour mener cette réflexion autour du profil souhaité de directeur et prendre les décisions qui s'imposent. L'enrichissement du dispositif d'évaluation le rend aujourd'hui à même d'opter pour un profil de carrière précis ou de laisser le choix entre le modèle généraliste et le modèle spécialiste. En effet, la fixation d'objectifs annuels façonne l'activité concrète des directeurs adjoints. Dans le cas de figure où le Centre National de Gestion décrèterait que le profil généraliste est le modèle de référence, les objectifs des directeurs adjoints et les compétences observées pourraient être adaptés en ce sens. Cela au travers d'objectifs moins techniques, plus axés sur le management et le pilotage de projets. Une sorte d'antichambre de la direction d'établissements.

A ces profils généralistes, il faudrait assurément additionner des profils de spécialistes, sélectionnés parmi les directeurs fonctionnaires ou bien recrutés en dehors de la fonction publique à travers le recours aux directeurs contractuels. Autorisé depuis la loi du 21 juillet 2009 dans la limite

de 10 % des emplois et dans des conditions spécifiques, le recours à des directeurs contractuels est aujourd'hui grandissant. Il pourrait ainsi permettre d'enrichir le corps des directeurs d'hôpital de spécialiste ayant une grande connaissance technique de leur domaine. Ce type de directeur verrait donc son évaluation adaptée aux exigences de ce profil généraliste.

Cette division du corps en deux types de profils entrainerait donc une gestion quelque peu différenciée des carrières. En un sens, cette évolution marquerait un retour aux origines du corps des directeurs d'hôpital. Comme le soulignait François-Xavier Schweyer dans un article dédié à l'histoire de la carrière des directeurs d'hôpital<sup>89</sup>, la construction de ce corps s'est toujours basée sur une dichotomie de parcours et d'aspirations professionnels. Dans une période qu'il qualifie de « pré-bureaucratique » (1941-1969), deux trajectoires étaient principalement empruntées par les directeurs. Le « parcours de progression » d'une part, caractérisée par une prise de responsabilité croissante au sein de différents établissements, et le « parcours du notable local » d'autre part à travers lequel un directeur arrivé dans un établissement d'importance s'y installait dans l'optique de le développer à long terme. Avec le développement des directions des établissements publics de santé, des postes de directeurs adjoints se sont ouverts puis multipliés. La dichotomie des parcours s'est alors transformée en une opposition entre la figure du « chef d'établissement » et celle de « l'adjoint ».

Aujourd'hui, avec l'aide du dispositif d'évaluation, une nouvelle distinction peut donc être effectuée au sein des directeurs adjoints, entre les profils généralistes, futurs directeurs généraux, et les profils spécialistes, destinés à monter en gamme et en taille de structures dans un domaine spécifique. Cependant, contrairement aux anciennes dualités qui hiérarchisaient indirectement les types de progression de carrière, la nouvelle distinction pourrait se baser sur le suivi individualisé qu'offre le dispositif actuel d'évaluation pour offrir une reconnaissance équivalente aux deux parcours. Tant sur le plan statutaire que pécuniaire.

## **Section 2 – Les hypothèses de réformes**

L'ensemble des éléments présentés et explorés lors de cette étude a mis en évidence les bienfaits apportés par la modernisation du système d'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints. Cependant, comme tout dispositif, il comporte des lacunes et des pistes d'améliorations sont envisageables. Nous allons ainsi en explorer deux pour clôturer cette étude. Tout d'abord, la pratique actuelle de l'évaluation démontre une nécessité d'harmonisation de certains usages et référentiels (§ 1 ). Enfin, l'accomplissement de l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints passera fatalement par une ouverture théorique et pratique de son dispositif (§ 2).

---

<sup>89</sup> SCHEWEYER François Xavier, « Les carrières des directeurs d'hôpital », *Revue française d'administration publique* 2005/4 (n°116), pages 623 à 638

## **§ 1 – Un besoin d’harmonisation paradoxal pour un dispositif basé sur l’individualisation de l’évaluation des individus**

C’est un thème qui est systématiquement revenu lors des entretiens réalisés avec des directeurs d’hôpital adjoints ; leur évaluation souffre de trop grandes disparités d’application d’un évaluateur à l’autre. Cette réflexion met tout d’abord en exergue que tous les défauts de la notation n’ont pu être corrigés par le nouveau modèle (A). En la matière, le salut de l’évaluation passera par une coordination et un contrôle accru des pratiques pour véritablement tendre vers un référentiel commun (B).

### **A) Un constat des limites de l’évaluation : tous les maux de la notation n’ont pas été gommés**

La mise en place d’un système plus complet d’évaluation avait été motivée par un sentiment d’opacité, d’inefficacité, d’arbitraire et de perte de sens à l’encontre de l’ancien système, la notation. C’est dire à quel point la tâche de l’évaluation par entretien et fixation d’objectif s’annonçait rude, et les attentes élevées. Une quinzaine d’années après son introduction dans la fonction publique, et à l’aube de sa généralisation à tous ses corps, force est de constater que l’ensemble de ces promesses n’ont pas été tenues. Le sentiment d’arbitraire ne s’est pas complètement dissipé et la pertinence du système, notamment en termes d’avancement de carrière, ne fait pas l’unanimité. Certains auteurs se risquent même à parler de « réforme manquée »<sup>90</sup>, preuves à l’appui.

Selon Dominique Volut, la principale résurgence des maux de la notation au sein du nouveau système est son caractère opaque. Le dispositif législatif de l’évaluation par entretien pâtit ainsi d’une « *absence de définition et de critères de la valeur professionnelle* ». Ce manquement originel aurait 2 conséquences majeures. Premièrement, l’absence de définition de la valeur professionnelle rend difficile voire incertaine la détermination d’objectifs réalisables et pertinents en vue de la mesurer. Secondement, l’absence de recommandations de critères laisse potentiellement le champ libre à l’évaluateur pour se baser sur des critères discriminatoires tels que l’âge, la santé ou l’appartenance syndicale. Lors du débat parlementaire sur la loi de modernisation de la fonction publique de 2007, le député Bernard Derosier regrettait ainsi que « *le gouvernement n’[ait] pas mené la concertation nécessaire pour garantir le risque de pratiques discrétionnaires et clientélares par le chef de service évaluateur* »<sup>91</sup>.

De ce fait, l’appréciation formulée à l’issue de l’évaluation n’apparaît pas plus pertinente ou plus juste que les notes autrefois attribuées. Il en va de même pour l’avancement de carrière qui en découle

---

<sup>90</sup> VOLUT Dominique, « Le remplacement de la notation par l’entretien individuel : un coup d’épée dans l’eau ? », *Actualité juridique fonctions publiques*, 2013, page 307

<sup>91</sup> J.O. Sénat séance du 22 janv. 2007 : amendement n° 21 et 22

puisque ce dernier demeure essentiellement basé sur l'ancienneté. Comme l'énonçait déjà Alexandre-François Vivien au XIXe siècle « *l'avancement s'obtient de deux manières, soit par l'ancienneté, loi fatale qui confère un droit en vertu de sa seule date de l'entrée en fonction ; soit au choix, combinaison heureuse qui concilie les droits des fonctionnaires avec les besoins publics, et ne considère la durée des services que quand elle s'unit au mérite* ». Dès lors, le système de l'évaluation par entretien qui devait favoriser l'avancement au mérite semble retomber sous l'emprise de la « loi fatale » de l'avancement à l'ancienneté.

Concernant l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints, ces critiques apparaissent moindres, notamment car les circulaires et les recommandations du Centre National de Gestion sont venues préciser ce qu'il fallait considérer comme étant des indicateurs de leur « valeur professionnelle ». Certaines faiblesses du système sont toutefois relevées avec insistance.

### **B) Une nécessaire coordination des pratiques autour d'un référentiel commun**

Outre la position trop en retrait du juge précédemment évoquée, le modèle actuel d'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints souffre d'un manque de coordination des pratiques et d'harmonisation autour de la valeur de certains de ses éléments. L'une des composantes qui cristallise ce reproche général est la fixation du coefficient de la part résultat de la prime de fonction et de résultat. Chaque évaluation annuelle donne lieu à la « proposition » par l'évaluateur d'un coefficient qui déterminera le montant final de la prime allouée à l'évalué eu égard aux résultats de son évaluation<sup>92</sup>. Ce coefficient peut aller de 0 à 1 par an, et il s'additionne avec le coefficient de la part fonction. Le maximum que le coefficient multiplicateur global peut atteindre est 6 et à chaque évaluation l'évaluateur propose un coefficient d'évolution pour l'année évaluée. Le litige naît du fait que tous les chefs d'établissements n'ont pas la même idée de ce qu'est « un bon coefficient ». Quand certains le fixe à « 3 », d'autres considère que « 1,7 » est coefficient multiplicateur garant d'une bonne prime. Il a également été rapporté que certains chefs d'établissements évaluateurs se contentaient d'appliquer à leurs adjoints le coefficient qui leur avait été fixé par le directeur de l'Agence Régionale de la Santé. Ce traitement différencié selon les établissements et les évaluateurs peut être perçu comme une véritable injustice. Une inégalité de traitement fondant en quelque sorte « un corps à deux vitesses » au sein de l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints.

Ce débat autour de la juste valeur de ce coefficient peut sembler mineur, mais il est en réalité un prolongement du questionnement majeur autour de la détermination des critères de la valeur professionnelle. Et dans le cas où ces critères auraient été identifiés comme pour les Directeurs d'hôpital, il demeure l'interrogation autour de leur traduction en valeur chiffrée, et par extension en

---

<sup>92</sup> Page 6 du support d'évaluation des directeurs d'hôpital, dossier CNG.

prime. Cette question renvoie aussi au modèle de la progression de carrière – tant du point de vue des responsabilités que de la rémunération – que l’on considère comme étant une évolution de carrière normale d’un directeur d’hôpital.

Pour limiter ces divergences d’opinions et de conceptions, on peut tout d’abord envisager une communication plus importante du Centre National de Gestion à propos de ces fixations de coefficient. Offrir un référentiel commun présentant notamment ce que l’on peut considérer comme « un bon coefficient ». On pourrait ainsi imaginer qu’une des parties du guide de l’évaluation édité soit consacrée à cette question. Sans obliger les évaluateurs à fixer un seuil minimum, ce type de recommandations aurait au moins le mérite d’engager une réflexion sur l’appréciation et la valeur de ce coefficient multiplicateur. Autre hypothèse, un peu plus contraignante mais qui pourra s’appliquer à toutes les sources de disparités, un contrôle du compte rendu des évaluations par le Centre National de Gestion. Ces contrôles viseraient à faire remonter des grilles d’évaluation de manière, si ce n’est systématique, aléatoire afin de s’assurer que de trop grandes disparités d’application du dispositif n’aient pas lieu. L’identification de pratiques « anormales » pourrait donner lieu à un échange entre des interlocuteurs du Centre National de Gestion et le directeur évaluateur qui en est à l’origine afin de les comprendre et dans le meilleur des cas de les corriger. L’idée ne serait pas de sanctionner formellement ces comportements, mais d’effectuer un travail de pédagogie afin de les faire disparaître à terme.

Cette supervision accrue du Centre National de Gestion sur l’application du processus d’évaluation serait donc un gage d’une plus juste appréciation de la part des évaluateurs. Cela permettrait également d’assurer une véritable application des nouveaux principes portés par l’évaluation. On peut par exemple imaginer que cela remettrait en cause la pratique continue et sous-jacente d’un avancement uniquement à l’ancienneté. Il conviendrait en effet de rappeler à chaque évaluateur de la fonction publique hospitalière, qu’« *aux âmes bien nées, la valeur n’attend point le nombre des années* »<sup>93</sup>.

## **§ 2 – La nécessaire ouverture du dispositif de l’évaluation**

Pour accomplir pleinement ses ambitions, le dispositif actuel d’évaluation des directeurs d’hôpital adjoints doit nécessairement s’ouvrir. Cet impératif d’ouverture est double. Tout d’abord, pour éviter certains blocages liés à son caractère « Directeur Général-dépendant », le recours à un tiers lors du processus doit être envisagé (A). De plus, les compétences relationnelles doivent être mieux prises en compte pour tendre vers une évaluation plus éthique (B).

---

<sup>93</sup> CORNEILLE Pierre, *Le Cid*, 1637.



### **A) La possibilité du recours à un tiers lors du processus d'évaluation**

Les développements autour des apports de l'entretien d'évaluation annuel précédemment présentés<sup>94</sup> ont également révélé l'une des limites majeure de ce système : son effectivité est conditionnée par l'implication des deux « parties prenantes ». L'évaluation est un outil, et comme tout outil, sa capacité à atteindre le but fixé dépendra in fine de l'artisan qui l'utilise. La bonne tenue du mécanisme de l'évaluation des directeurs adjoints est donc extrêmement dépendant de la relation entre ces derniers et leurs directeurs généraux en charge d'administrer le processus. Dans l'hypothèse d'un conflit entre ces deux personnes, le mécanisme de l'évaluation peut être confronté à certains blocages et ainsi déboucher sur des résultats faussés. On peut ainsi imaginer une situation dans laquelle des différents relationnels entre l'évaluateur et l'évalué saperaient le processus à travers un entretien expédié en moins de 10 minutes et l'attribution d'objectifs extrêmement vagues ou inatteignables. Cela ne pourrait engendrer que des résultats biaisés, matérialisés par une fausse appréciation et l'attribution systématique du coefficient minimal de la part résultats de la prime de fonctions et de résultats.

Pour éviter d'en arriver à de telles extrémités, la possibilité du recours à une tierce personne lors de l'évaluation peut être envisagée. Ce recours pourrait intervenir à la demande de l'évaluateur ou de l'évalué en cas de difficultés relationnelles perçues par l'un ou l'autre.

En ce qui concerne les modalités de ce recours, la tierce personne pourrait intervenir lors de l'entretien d'évaluation, en soutien de l'évaluateur de sorte à ce que l'entretien soit mené par deux personnes au lieu d'une. Cela permettrait ainsi d'avoir un regard extérieur sur les objectifs fixés pour l'année écoulés et ceux proposés pour l'année suivante. Cette position lui conférerait un rôle tantôt de facilitateur, tantôt de superviseur du dialogue de l'évaluation. Une présence aux bénéfices multiples. Premièrement, la tierce personne pourra s'assurer qu'un véritable entretien d'évaluation a lieu. Sans aller jusqu'à faire venir cette tierce personne, la simple hypothèse de sa venue à la demande du directeur adjoint pourra par exemple inciter le directeur général à respecter la procédure et s'investir. La perspective d'un « contrôle » de son rôle d'évaluateur l'encouragera à passer outre d'éventuels blocages relationnels et essayer de trouver des compromis. De l'autre côté de l'évaluation, le recours à un tiers peut également être une garantie pour le directeur général pour éviter certaines difficultés et notamment les soupçons d'arbitraire que les appréciations négatives ont tendance à faire naître. Comme le disait Paul Valéry, « *qui ne peut attaquer le raisonnement, attaque le raisonneur* » et les objections aux conclusions de l'évaluation portent souvent moins sur l'injustice de la démonstration que sur l'impartialité supposée de son auteur. Dès lors, la présence d'un tiers

---

<sup>94</sup> Partie I, Chapitre 2, Section 1 – Un instrument de dialogue bienvenu dans le cadre de la relation entre le directeur général et les directeurs adjoints

évaluateur offrirait des garanties supplémentaires, tant sur le fond de la procédure que sur sa forme et « l'apparence d'impartialité » qu'elle se doit de revêtir. L'hypothèse du recours à une tierce personne s'apparente ainsi à un levier dont chaque acteur de l'évaluation pourra user afin de faire respecter ses principes directeurs.

Vient ensuite fort logiquement la question du profil de cette personne. Deux hypothèses semblent principalement envisageables. Cela pourrait être tout d'abord un membre du département de gestion des directeurs ou du département des affaires générales du Centre National de Gestion. Ce représentant de l'organisme en charge de la gestion des carrières des directeurs d'hôpital serait un garant du respect des principes directeurs de l'évaluation (rédigés par ledit organisme). Dans une seconde hypothèse, ce tiers pourrait être choisi au sein d'un groupe de « personnes qualifiées », professionnels ayant une grande expérience du milieu hospitalier et de l'évaluation. A l'instar des experts-visiteurs mobilisés lors des visites de certification, ces personnalités feraient office de figures d'autorité.

Paradoxalement, c'est peut-être en ayant recours à un tiers qu'il sera possible de restaurer la confiance entre les deux parties prenantes de l'évaluation.

### **B) La promotion des compétences relationnelles**

L'ouverture du processus de l'évaluation peut également être conceptuelle en portant sur ce que l'on considère être ou ne pas être une « compétence professionnelle ». Eu égard aux réflexions recueillies lors des entretiens avec des directeurs d'hôpital adjoints, les canons de l'évaluation actuelle semblent occulter la dimension relationnelle de leur fonction. En effet, l'acuité relationnelle et « l'intelligence humaine » sont des facteurs primordiaux pour mener à bien des projets complexes impliquant souvent une multitude d'interlocuteurs. Pour autant, la lecture des grilles d'entretiens édictées chaque année démontre que les évaluateurs ont tendance à se concentrer davantage sur des « objectifs quantitatifs », plus concrets et donc plus simples à observer lors du bilan. Dans le cas d'un directeur des ressources humaines, un objectif type serait la mise en place d'un nouvel outil de gestion du personnel. Pour un directeur adjoint en charge des relations patients, on peut de la même façon penser à des objectifs tels que « l'amélioration du parcours administratif des patients ».

Avec ce type d'objectifs, le directeur général est incité à constater de manière pragmatique la réalisation ou la non réalisation de l'objectif fixé. Il se contenterait ainsi d'une donnée brute, sans appréhender les causes et le contexte de ce résultat final. Raisonner de la sorte aurait le premier défaut de pénaliser le directeur qui n'est pas parvenu à réaliser l'objectif, sans forcément prendre en compte les moyens qui lui ont été alloués. De plus, deux directeurs de deux structures différentes qui seraient parvenus à réaliser un même objectif alors que les situations de leurs établissements peuvent être différentes, de même que les efforts fournis pour y parvenir. Ces deux écueils illustrent le fait que le

système actuel se concentre davantage sur « le faire », que sur « la manière de faire ». Renforcer l'analyse de « la manière de faire » offrirait une traduction plus juste de l'objectif principal et originel de l'évaluation qui est d'apprécier la « manière de servir du fonctionnaire ». Cela permettrait de surcroît de diversifier les compétences professionnelles examinées, insuffler une dimension qualitative à une entreprise essentiellement quantitative.

L'une des façons d'y remédier serait de développer l'évaluation des compétences relationnelles mobilisées lors de l'année. Sans aller jusqu'à créer des critères spécifiques au bagou ou à l'entregent, cet aspect relationnel doit à minima être une des données prises en compte dans l'équation proposée par le modèle d'évaluation. Concrètement, cela pourrait se manifester par un enrichissement des critères liés à la pratique managériale dans le volet de la grille d'évaluation dédiée à « l'appréciation des compétences mises en œuvre dans l'année ». Des champs y sont d'ores et déjà dédiés à la « communication » ou la « négociation ». Cependant, certains des directeurs adjoints rencontrés lors de cette étude avaient le sentiment que ces critères n'étaient pas assez pris en compte et que la réussite des objectifs primait. En sus, la nature des objectifs fixés dans le cadre de l'évaluation – qui demeure à discrétion de l'évaluateur et de l'évalué – doit en partie évoluer pour instaurer une dose d'objectifs liés à l'intelligence relationnelle du directeur adjoint.

Cette évolution implique donc de diversifier à la fois la notion de compétence et celle d'objectif. Le fait de s'intéresser autant au résultat final que la façon de l'atteindre peut également entraîner une réflexion éthique du directeur adjoint évalué. Une réflexion sur sa pratique professionnelle et la conformité de son action à certaines valeurs, dont celles du service public. Cette promotion de l'éthique dont peut être vecteur l'outil de l'évaluation est une des notions centrales du renouveau de l'action publique et de la gestion des fonctionnaires. Comme le disait Jean-Marc Sauvé, ancien Vice-Président du Conseil d'Etat, lors d'un entretien avec le journal *Le Monde*, « *il faut toujours donner la préférence à la compétence, à ceux qui croient aux valeurs du service public, à ceux qui savent conjuguer l'efficacité publique et l'éthique* »<sup>95</sup>. Il était ici question du mode de nomination des titulaires des emplois de direction et des emplois supérieur de la fonction publique d'Etat, mais cette réflexion apparaît tout aussi adaptée à l'évaluation et la promotion des directeurs d'hôpital adjoint. Pour y parvenir, cet impératif doit d'abord être au centre du dispositif d'évaluation, être assimilé par les évaluateurs qui fixent les objectifs pour que cela ait par la suite un impact sur la pratique et la réflexion professionnelle de l'évalué. Incorporer une éthique de l'évaluation pour obtenir une pratique professionnelle plus éthique, en somme.

---

<sup>95</sup> Jean-Marc Sauvé : « L'Etat a été victime de la doxa libérale », propos recueillis par Patrick Roget et Bertrand Bissuel, 4 juillet 2019, *Le Monde*

## Conclusion

A travers le cas particulier des directeurs d'hôpital adjoints, cette étude aura donc mis en exergue l'importance de l'outil de l'évaluation dans le processus de modernisation de l'action publique. En la matière, le chemin parcouru est aussi grand que les perspectives qui demeurent à explorer. L'évolution des exigences de notre société vis-à-vis de son administration couplée aux défauts initiaux du mécanisme de la notation a à la fois révélé ses insuffisances et encouragé l'émergence d'un nouveau dispositif d'évaluation. L'attribution d'une note unique par le supérieur hiérarchique étant devenue au fil du temps un symbole d'arbitraire et d'opacité administrative, elle ne pouvait résister aux vents de la modernisation qui soufflaient sur la fonction publique. L'heure était désormais à la transparence, à l'émancipation mais également à la responsabilisation de l'agent public. Conscients de ces exigences, les bâtisseurs du nouveau dispositif se sont efforcés de l'enrichir pour en faire un élément matriciel au sein de la carrière des directeurs d'hôpital adjoints. L'ajout d'un entretien annuel d'évaluation obligatoire offre une nouvelle profondeur à ce mécanisme d'évaluation désormais centré sur le dialogue. Cet échange est assurément une source de co-construction et de transmission d'informations. Il en va de même pour la fixation et le suivi d'objectifs auquel il donne lieu pour l'évalué. Ce moment privilégié offrant à la fois un bilan et une feuille de route est aujourd'hui primordial. En partie reliée au traitement pécuniaire des directeurs à travers la prime de fonctions et de résultats, l'évaluation permet d'introduire une part de rémunération au mérite au sein de la fonction publique. Telle la figure mythologique Romaine, Janus, dieu des choix, des commencements et des fins, gardien de la porte séparant l'année écoulée et celle à venir, l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoint a désormais une face tournée vers le passé, et l'autre vers l'avenir.

Ce faisant, c'est devenu un outil profondément moderne dans le sens où il apparaît adapté au modèle administratif aujourd'hui mis en avant. Fruit de ces évolutions conceptuelles, l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints peut à son tour amorcer des transformations en étant le porte-voix des réformes ayant actuellement lieu dans le secteur hospitalier public. Par son pouvoir incitatif et sa faculté d'encadrement, l'évaluation est en capacité d'aplanir certains obstacles à l'accomplissement de la coopération hospitalière ou à la diversification du recrutement des directeurs d'hôpital adjoints. La modernisation de la gestion publique permise par l'outil de l'évaluation doit également s'illustrer dans la gestion du corps des directeurs d'hôpital adjoints. En veillant à une plus grande connexion entre les résultats des évaluations individuelles et la gestion prévisionnelles des carrières, le corps des directeurs d'hôpital bénéficierait d'un gain de dynamisme et d'efficacité indispensable à sa modernisation.

Cependant, le constat du cheminement effectué par l'outil de l'évaluation ne doit pas donner l'impression erronée que sa mue est achevée. En effet, la modernisation de l'action publique est un

mouvement perpétuel et l'importance grandissante qu'a pris l'outil de l'évaluation dans la carrière des directeurs d'hôpital l'honore toute autant qu'elle l'engage à se perfectionner sans cesse. En s'intéressant aux réflexions entourant l'outil de l'entretien annuel d'évaluation dans le secteur de l'entreprise privée, on se rend compte de cet impératif de renouvellement. Dans un monde de l'entreprise où les seules obligations législatives concernant l'évaluation portent sur l'information préalable du salarié, la confidentialité et la pertinence du mécanisme employé<sup>96</sup>, l'usage de l'entretien d'évaluation s'est répandu plus précocement que dans le secteur public. Pourtant, on envisage aujourd'hui le dépassement de l'entretien annuel d'évaluation, considéré par certains comme le symbole d'une verticalité et d'un rapport au travail dépassés. Au sein de structures d'entreprises modernes se voulant plus ouvertes et moins pyramidales, le « cérémonial » de l'entretien d'évaluation n'aurait plus sa place. Sans alimenter le lieu commun selon lequel le secteur public a toujours un temps de retard sur le secteur privé, ces questionnements peuvent nous donner des indications sur les prochaines étapes possibles de l'évolution de l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints.

---

<sup>96</sup> Article L.1223-2 du code du travail

## Annexe I - Grille d'entretiens

**Présentation :** *Pouvez vous rapidement me décrire votre parcours jusqu'au poste de Directeur d'Hôpital ? Depuis combien de temps exercez-vous cette profession ? Combien de postes avez-vous occupé et au sein de combien d'établissements ?*

### Questions :

Pouvez-vous me parler de la façon dont vous êtes actuellement évalué ?

- En a-t-il toujours été ainsi ? Y a-t-il eu des différences notables entre vos différents établissements, ou vos différents évaluateurs ?
- Faites-vous une différence entre évaluation et notation ? Si oui, laquelle ?

Que représente l'évaluation, et notamment l'entretien d'évaluation annuel pour vous ?

- Comment qualifieriez-vous le type de relation qui s'instaure durant l'entretien d'évaluation entre le directeur et le directeur adjoint ?
- Quid d'éventuels désaccords quant aux résultats de cette évaluation ?

Pourriez-vous me dire en quoi votre mode actuel d'évaluation vous satisfait ou pas ?

- Est-ce un outil à même de lire ou faire ressortir les véritables compétences mobilisées dans l'exercice de vos fonctions ?
- Le passage de la notation à l'évaluation vous apparaît-elle comme un progrès ? En quoi ?

Existe-t-il selon vous un lien entre l'évolution de l'évaluation des directeurs d'hôpital et les évolutions de fonctionnement, d'organisation ou de financement des établissements publics de santé ?

- Par exemple entre l'évaluation et l'instauration de la T2A ? Ou la mise en place des Groupements hospitaliers de territoire ?
- Comment se passe l'articulation entre les différents objectifs déterminés lors de l'entretien annuel ? Et notamment entre les objectifs « locaux » et ceux semblant davantage être la déclinaison de directives prises à l'échelon national ?

Que pensez vous de la rémunération au mérite des fonctionnaire ?

- Considérez-vous la prime de résultat calculée à l'issue de l'évaluation et sur proposition de l'évaluation comme une part de rémunération « au mérite » ?
- Cette introduction d'une part de rémunération variable vous semble-t-elle en contradiction avec certains principes du service public (notamment l'égalité de traitement) ?

Quelle est la place de l'évaluation vis-à-vis de votre évolution de carrière ?

- Dans ce domaine, quel rôle joue le Centre National de Gestion selon vous ?
- Peut-on parler d'un véritable système de gestion prévisionnelle des carrières des directeur d'hôpital ?

Auriez-vous des suggestions à faire concernant des modifications de l'évaluation des directeurs d'hôpital ?

- Avez-vous entendu parler des évaluations à 180 ou 360° qu'en pensez-vous ? Cela vous paraît-il transposable au cas des DH ?

## Annexe II - Support d'évaluation des directeurs d'hôpital



133a3 - ANNEXE III

NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :

### DOSSIER C.N.G. ÉVALUATION ANNÉE 2018

- Directeur d'hôpital
  Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

DATE DE L'ENTRETIEN .. / .. / .....

FICHE A

#### EVALUATEUR / ETABLISSEMENT

NOM, Prénom .....  
 Qualité .....  
 Adresse de messagerie secrétariat de direction .....@.....  
**ÉTABLISSEMENT :**  
 CATEGORIE : CH CHS CHU EHPAD autre (préciser) .....  
 VILLE ..... Dept .....

#### EVALUE

##### ETAT CIVIL

- Madame
  Monsieur (cocher la case correspondante)

NOM D'USAGE .....

*(justificatifs à fournir en cas de changement de nom d'usage)*

PRÉNOM ..... NOM DE NAISSANCE .....

DATE DE NAISSANCE ././. AGE .....

LIEU DE NAISSANCE .....

SITUATION DE FAMILLE .....

NOM, PRÉNOM ET DATE DE NAISSANCE DES ENFANTS

- -

DIPLOME(S) OBTENU(S) AU COURS DE L'ANNEE .....

Adresse de messagerie :



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :

### COEFFICIENT DE LA PART LIÉE AUX FONCTIONS

Cotation de l'emploi - **A indiquer impérativement** -

LOGEMENT :  Oui  Non

Si non logé :  Indemnité de logement  Cotation doublée

Applicable à partir du 11 avril 2018.

Cotation	...
Variation 0,2	+ ...
Majoration intérim(*)	+ ...
Total	= ...

### SITUATION ADMINISTRATIVE

INTITULÉ DE LA FONCTION OCCUPEE (selon l'organigramme)

(pour les directeurs adjoints, le libellé de la fonction est à indiquer en toutes lettres)

DATE D'INSTALLATION : ETABLISSEMENT ..../... DANS LA FONCTION ..../...

activité  détachement emploi fonctionnel  détachement  
 mise à disposition .....%  recherche d'affectation  autres (disponibilité, CET, CLM, CLD...)

DATE D'ENTREE DANS LE CORPS : ..../...

GRADE :  Classe exceptionnelle  Hors classe  Classe normale

ECHELON : .....

NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :

**DESCRIPTION DU POSTE (à remplir par l'évaluateur)**

**Positionnement de l'évalué dans l'établissement (selon l'organigramme) :**

- Chef d'établissement
- Directeur adjoint placé sous l'autorité du chef d'établissement
- Directeur adjoint placé sous l'autorité d'un directeur adjoint
- Autre (préciser) .....

**Missions générales du poste et principales activités :**

NB : pour les directeurs chefs d'établissement => point général d'exécution pour l'année de référence, des missions confiées et des objectifs contractualisés, en référence au projet d'établissement, au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et, pour les directeurs chefs d'établissement sur emplois fonctionnels, à la lettre d'objectifs.

**Appréciation du contexte d'exercice du poste au cours de l'année de référence :**

A remplir par l'évalué	A remplir par l'évaluateur

NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.  
ÉVALUATION ANNÉE 2018

FICHE B

**Avis du Président du conseil de surveillance ou du conseil d'administration ou de l'assemblée délibérante, sur la manière de servir**

Uniquement pour les chefs d'établissement

Date .../.../....

Signature : (Nom, prénom et qualité)

Je, soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des appréciations ci-dessus mentionnées.

Date :

Signature de l'évalué :

NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.  
ÉVALUATION ANNÉE 2018

FICHE B1

### APPRECIATIONS DE L'EVALUATEUR

Bilan des résultats en fonction des objectifs fixés l'année précédente:

Objectifs (N-1)	Réalisation	Commentaires
Objectif 1	Atteint <input type="checkbox"/> Partiellement atteint <input type="checkbox"/> Non atteint <input type="checkbox"/> Devenu sans objet <input type="checkbox"/>	
Objectif 2	Atteint <input type="checkbox"/> Partiellement atteint <input type="checkbox"/> Non atteint <input type="checkbox"/> Devenu sans objet <input type="checkbox"/>	
Objectif 3	Atteint <input type="checkbox"/> Partiellement atteint <input type="checkbox"/> Non atteint <input type="checkbox"/> Devenu sans objet <input type="checkbox"/>	
Objectif 4	Atteint <input type="checkbox"/> Partiellement atteint <input type="checkbox"/> Non atteint <input type="checkbox"/> Devenu sans objet <input type="checkbox"/>	
Objectif 5	Atteint <input type="checkbox"/> Partiellement atteint <input type="checkbox"/> Non atteint <input type="checkbox"/> Devenu sans objet <input type="checkbox"/>	

Autres objectifs :

NOM D'USAGE :

PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.  
ÉVALUATION ANNÉE 2018

FICHE B1 (suite)

Appréciations des compétences mises en œuvre dans l'année :

Pilotage de l'établissement (chefs) ou de la mission (adjoints)		
Compétences	Réalisation	Commentaires
- Définition et pilotage des objectifs stratégiques	Expert <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	
- Décision et arbitrage	Expert <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	
- Maîtrise de la technicité du poste	Expert <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	
Pratique managériale		
Compétences	Réalisation	Commentaires
- Animation, motivation et évaluation des équipes	Expert <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	
- Négociation	Expert <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	
- Conduite de projet et accompagnement du changement	Expert <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	
- Communication	Expert <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	
Autre .....	Expert <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.  
ÉVALUATION ANNÉE 2018

FICHE B2

### APPRECIATIONS GÉNÉRALES SUR LA MANIÈRE DE SERVIR

Aptitudes professionnelles démontrées et perspectives d'évolution de carrière en indiquant la capacité à exercer des responsabilités supérieures :

### PROPOSITION DU MONTANT DE LA PART RÉSULTATS 2018

Il est rappelé que le montant de la nouvelle part résultats doit être communiqué à l'issue de l'entretien d'évaluation.

	Montant	Coefficient
Rappel de la part résultats (hors versement exceptionnel) au titre de l'année 2017	€	
Coefficient d'évolution 2018		
Coefficient total de la part résultats 2018 (hors versement exceptionnel)		

☛ En cas de diminution du coefficient total de la part résultats, un rapport circonstancié et dûment motivé doit être obligatoirement annexé.

Montant total de la part résultats 2018 €

Rappel : Le coefficient de la part résultats, y compris le versement exceptionnel, ne peut dépasser le plafond autorisé, fixé à 6.

Attribution d'un versement exceptionnel : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coefficient
Coefficient total du versement exceptionnel (dans la limite de 1)	
dont coefficient alloué au titre de l'intérim (<4 mois)	(1)

☛ En cas d'attribution d'un versement exceptionnel, un rapport circonstancié et dûment motivé doit être obligatoirement annexé quel que soit le montant alloué.

Attribution d'une indemnité forfaitaire mensuelle d'intérim (> 4 mois) (1)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui montant :	<input type="checkbox"/> 390 €	<input type="checkbox"/> 580 €

Date du début d'intérim : ...././....

Date de fin d'intérim : ...././....

(1) Versement au prorata temporis du 01/01/2018 au 10/04/2018 (cf. publication arrêté du 9 avril 2018)

NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.  
ÉVALUATION ANNÉE 2018

FICHE B3

**FICHE DE PROPOSITION D'INSCRIPTION AU TABLEAU D'AVANCEMENT À LA HORS CLASSE  
POUR L'ANNÉE 2019  
(Directeur d'hôpital - Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social)**

Mobilités effectuées par l'évalué depuis l'accès dans le corps

- 
- 
- 
- 

NB : toute mobilité fonctionnelle doit faire l'objet d'un acte juridique transmis au CNG (uniquement pour le corps des directeurs d'hôpital)

Proposition d'inscription au tableau d'avancement à la hors classe 2019 :

OUI     NON     NON CONCERNE\*

\* La notion "NON CONCERNE" concerne les directeurs qui sont déjà hors classe ou les directeurs de classe normale qui ne remplissent pas les conditions statutaires.



**Avis motivé impératif en vue de proposition ou de non-proposition :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Nom-Prénom de l'évaluateur :

Date et signature de l'évalué :

Qualité :

Date et signature :

NOM D'USAGE :  
 PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.  
 ÉVALUATION ANNÉE 2018

FICHE C

**EVOLUTION PROFESSIONNELLE ET PERSPECTIVES DE CARRIERE**  
 Souhaits exprimés par l'évalué pour les 2 prochaines années

- Mobilité fonctionnelle souhaitée (à préciser) :
- Mobilité géographique souhaitée (à préciser) :
- Accès à une chefferie d'établissement :

Souhaits de formation :

Formations souhaitées par l'évalué	Observations de l'évaluateur ou de la personne responsable de la conduite de l'entretien d'évaluation si elle est différente de l'évaluateur
-	-
-	-

**OBSERVATIONS EVENTUELLES DE L'ÉVALUÉ**

La signature du support par les deux parties est impérative.  
 Elle n'emporte pas l'accord sur le contenu mais signifie que l'évalué en a pris connaissance.

Évalué : date et signature (1).

Évaluateur : date et signature

En cas de délégation expresse de l'entretien d'évaluation :

- Avis conforme à celui de la personne responsable de la conduite de l'entretien
- Avis non conforme à celui de la personne responsable de la conduite de l'entretien (dans ce cas, un nouvel entretien d'évaluation doit avoir lieu avec l'évaluateur).

[1] Vous disposez d'un délai de 2 mois à compter de cette date pour solliciter une révision auprès du président de la commission administrative centrale nationale compétente à l'égard du corps des personnels de direction.



NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

FICHE 1

 DOSSIER C.N.G.  
 ÉVALUATION ANNÉE 2018

FICHE PRÉPARATOIRE A L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION

A conserver dans le dossier :

- D.G.A.R.S. pour les chefs d'établissement
- Établissement pour les directeurs adjoints

Bilan des résultats de l'année précédente (à remplir par l'évalué)  
 Reprendre les objectifs validés de l'année précédente (4 pages maximum)

OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES DÉFINIS	DÉLAI	CRITÈRES/INDICATEURS	RÉSULTATS OBTENUS
<b>Observations de l'évalué</b>		<b>Observations Évaluateur</b>	
Date :		Date :	
Signature		Signature (prénom, nom et qualité de l'évaluateur)	



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :

FICHE 2

DOSSIER C.N.G.  
ÉVALUATION ANNÉE 2018

FICHE PRÉPARATOIRE A L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION

À conserver dans le dossier :

- D.G.A.R.S. pour les chefs d'établissement
- Établissement pour les directeurs( adjoints)

Définition des objectifs pour l'année à venir *par référence à la fiche B1 (2 pages maximum)*  
(à remplir par l'évaluateur)

OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES DEFINIS	DELAI	CRITERES D'ÉVALUATION
<b>Observations Évaluateur</b>		<b>Observations de l'évalué</b>
Date : Signature (prénom, nom et qualité de l'évaluateur)		Date : Signature

## GUIDE DE L'EVALUATION

### I - PRINCIPES GENERAUX ET OBJECTIFS

L'entretien d'évaluation vise à apprécier la valeur professionnelle du directeur dans l'emploi qu'il occupe. Il doit se concevoir comme un moyen d'expression reposant sur une écoute réciproque et constructive et se situant dans un climat de confiance et de respect mutuel. Il est également rappelé que l'entretien doit impérativement se dérouler sans la présence d'un tiers.

Trois objectifs sont essentiellement recherchés lors de la mise en œuvre de l'évaluation :

- l'appréciation des résultats annuels constatés en fonction d'objectifs convenus antérieurement et, à cette occasion, la détermination précise des compétences et des qualités professionnelles du personnel évalué, compte tenu de la complexité du contexte professionnel de l'établissement, et plus particulièrement du contexte d'exercice en fonction du poste occupé,
- la détermination et la fixation des objectifs à atteindre, pour l'année à venir, après discussion avec l'évalué,
- le conseil, l'orientation et l'accompagnement du professionnel en fonction de ses intérêts et compétences et des besoins de l'institution qui l'emploie, de ses perspectives d'évolution professionnelle et de ses besoins en formation.

L'évaluation s'appuie donc sur la valorisation individuelle du directeur tout au long de sa carrière pour tendre vers une gestion des emplois et des compétences plus dynamique. Elle constitue un outil de communication et de gestion qui implique à la fois l'évaluateur et l'évalué.

L'évaluateur peut, dans ce cadre, apprécier notamment au travers des entretiens individuels qu'il mène, les qualités professionnelles des directeurs, leur efficacité et leurs motivations. Il prend en compte leurs attentes dans le souci d'une adéquation réussie entre leurs compétences et le profil du poste occupé. A cette occasion, il peut détecter les capacités de l'évalué à évoluer vers d'autres fonctions et/ou d'autres métiers.

C'est, par ailleurs, lors de l'entretien d'évaluation, que l'évaluateur détermine les capacités de l'évalué à être promu au grade supérieur.

L'évaluation doit donc porter non sur la situation de l'établissement mais sur la gestion du directeur et sur la part revenant à sa gestion dans la situation, bonne ou mauvaise de la structure. Il importe donc que soient fixés aux personnels de directions (chef d'établissement ou adjoints) et aux directeurs des soins, des objectifs clairs et réalisables dans le contexte, permettant d'en évaluer le bilan en fin d'exercice.

L'évalué a la possibilité de s'exprimer de manière approfondie dans un cadre formalisé.

L'évaluation doit lui permettre de mesurer ses aptitudes, ses compétences et ses potentiels afin de les améliorer de manière continue. Elle le rend plus impliqué dans les modalités et l'accomplissement de ses missions. Elle permet de garder la trace des missions réalisées. Elle est un point d'appui pour son orientation et son évolution professionnelle. Elle doit être également l'occasion pour l'évaluateur d'accompagner le directeur évalué dans cette évolution.

L'évaluation présente l'intérêt pour tous les directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et directeurs des soins d'apprécier de manière objective le contexte dans lequel ils accomplissent leurs missions, dans le respect d'objectifs individuels et collectifs s'inscrivant dans la politique menée par l'établissement. C'est donc bien le directeur qui est évalué au travers de sa contribution professionnelle et de son engagement personnel, et non l'établissement au sein duquel il exerce.

L'évaluation doit être sincère et menée avec un grand souci d'objectivité. L'évaluateur est également évalué sur la manière dont il conduit l'évaluation des directeurs qui relèvent de son autorité.

## II. CONTENU DU DOSSIER D'EVALUATION

### 2.1 Présentation du support

Il s'appuie sur deux documents :

- **Les fiches préparatoires à l'entretien d'évaluation : fiches 1 et 2.** Elles concernent le bilan de l'année passée et les objectifs pour l'année à venir. Elles servent à préparer l'entretien d'évaluation de l'année suivante. Elles peuvent être transmises au C.N.G. et produites, le cas échéant, lors d'un recours devant la commission administrative paritaire nationale.
- **Le dossier "C.N.G."** qui regroupe **les fiches A, A(suite), B, B1, B1(suite), B2, B3 et C.** Elles constituent le compte rendu d'évaluation. Une copie de celles-ci est conservée par l'évaluateur et l'évalué. L'original est transmis au C.N.G. pour classement dans le dossier administratif de l'intéressé.

**S'agissant du calendrier des opérations,** il convient de se reporter à la fiche « calendrier de l'entretien d'évaluation » (annexe VI).

Il s'agit d'une obligation réglementaire pouvant engager la responsabilité de l'évaluateur. **A défaut de transmission de l'évaluation, la directrice générale du C.N.G. peut engager les moyens mis à sa disposition afin de faire respecter cette procédure.**

### 2.2 Description du poste occupé par l'agent et principales actions menées au cours de la période évalué - fiche A (suite)

Ces rubriques sont remplies par l'évaluateur de façon précise et concise. Elles permettent de situer le directeur dans l'emploi qui lui est confié et constituent un élément d'aide à la définition de son degré de responsabilités dans l'accomplissement des missions de l'établissement.

Elles permettent également à l'évalué de mettre en perspective son activité et son environnement de travail, les moyens qui lui sont alloués et donc, d'objectiver les conditions dans lesquelles il a exercé ses missions pour l'année écoulée.

### 2.3 L'évaluation des résultats professionnels - fiches B1 et B1 (suite)

L'évaluateur doit apprécier les résultats atteints, les réussites ou les insuffisances ainsi que les raisons qui sont à l'origine des éventuels écarts avec les résultats attendus. Ces derniers sont ceux définis au regard des objectifs fixés pour l'année en cours lors de l'entretien de l'année précédente.

A l'issue de l'entretien, le coefficient de la part résultats doit être communiqué à l'évalué. Ce coefficient ainsi que le montant de la part résultats sont notifiés dans un délai d'un mois, à l'évalué, suivant le modèle en annexe V.

## 2.4 La détermination des objectifs de l'année à venir – Fiche 2

L'évalué se voit fixer des objectifs annuels qui se situent dans le cadre des objectifs de l'établissement.

Les objectifs ne doivent pas être confondus avec les tâches à accomplir. Ils doivent donc être peu nombreux et fixés en fonction des actions prioritaires.

Ils doivent être clairs et réalistes, c'est-à-dire :

- **mesurables** : les résultats seront quantifiables (indicateurs) ou observables (compétences) ;
- **accessibles** : tant en terme de niveau de responsabilités, de compétences, que de moyens attribués ;
- **discutés** : ils ne sont pas juridiquement et statutairement négociés. Ils résultent d'un échange entre l'évaluateur et l'évalué ;
- **réalisables** : en terme de délais, de calendrier de mise en œuvre et de modalités d'évaluation, des moyens mis à disposition et du contexte de l'établissement.

Ces objectifs s'articulent autour des missions principales confiées. Ils concernent les priorités d'action pour l'année à venir, l'évolution éventuelle des fonctions, des attributions, ou des tâches de l'évalué et les résultats qui lui sont demandés d'atteindre. Ils peuvent aussi inclure des objectifs d'amélioration de l'activité et des pratiques professionnelles attendues.

## 2.5 Souhaits d'évolution professionnelle et/ou de mobilité (fiche C)

L'évalué indique ses vœux d'évolution professionnelle et/ou de mobilité pour les deux prochaines années. Cependant l'expression de souhaits de mobilité géographique de l'évalué dans le support d'évaluation ne se substitue pas aux procédures existant en matière de mutation des personnels de direction et des directeurs des soins.

Pour autant, la mobilité ne doit pas avoir, pour l'évalué, un caractère pénalisant dans la procédure d'évaluation et dans l'attribution du coefficient de sa part liée aux résultats et pour la proposition au grade d'avancement.

L'évaluateur peut apprécier les qualités professionnelles dominantes de l'évalué et formuler les appréciations et conseils qui lui semblent utiles.

Il définit avec l'intéressé, de manière précise, les fonctions qu'il doit exercer de façon à procéder à un rapprochement avec les compétences qu'il a acquises du fait de son expérience passée et avec celles qui lui seront nécessaires pour son évolution professionnelle.

A cette occasion, l'évaluateur se doit également d'identifier les points sur lesquels il lui paraît utile que le directeur renforce particulièrement son effort. Il s'agit ainsi de déceler les compétences qui pourraient être développées, notamment au travers de formations.

## **2.6 Observations éventuelles de l'évalué sur la conduite de l'entretien**

L'évaluateur est tenu d'adresser à l'évalué le support signé dans un délai ne pouvant excéder 15 jours.

L'évalué dispose d'un délai de 7 jours ouvrés et hors congés de toute nature à compter de la remise du document, afin de formuler ses remarques éventuelles et le signer pour attester qu'il en a pris connaissance. Il n'est donc pas tenu de signer le compte rendu d'entretien dès sa remise par l'évaluateur.

## **2.7 Changement de situation en cours d'année**

Dans le cas où un directeur quitte son poste en cours d'année, il est évalué au titre de l'établissement où sa durée d'affectation a été la plus longue.

Dans l'hypothèse où un changement de fonction ou d'affectation de l'évalué intervient au 1er juillet de l'année N, l'autorité en charge de l'évaluation est celle qui était compétente pour les six premiers mois de l'année.

Dans l'hypothèse d'un changement d'affectation de l'évaluateur, il appartient à la nouvelle autorité compétente de procéder à l'évaluation et s'il le souhaite de se rapprocher de son prédécesseur.

Dans le cas où un directeur ne peut être évalué, il appartient à l'évaluateur d'apprécier les objectifs atteints et les résultats obtenus afin de déterminer un coefficient de part résultats au vu de son temps de présence. Il en va de même pour un personnel arrivant nouvellement dans le corps.

## **2.8 Conséquences de l'évaluation sur le régime indemnitaire – fiche B2**

**La fixation de la part liée aux résultats allouée aux directeurs doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de ces derniers.**

La cotation de cette part liée aux résultats et son montant correspondant doivent impérativement être communiqués à l'évalué à l'issue de l'entretien d'évaluation et confirmés par une notification (cf. modèle joint en annexe n° V) dans le délai d'un mois par l'évaluateur. Une copie de la notification est systématiquement communiquée au C.N.G. avec le dossier d'évaluation.

La part liée aux résultats peut comprendre, au titre d'une année, le versement d'une attribution annuelle exceptionnelle, non reconductible automatiquement d'une année sur l'autre.

En cas de mobilisation des jours placés au compte épargne-temps, l'évalué conserve le régime indemnitaire, même si son absence précède un départ, notamment en retraite, tant pour la part relative aux fonctions que pour la part résultats.

## **2.9 Proposition d'inscription au tableau d'avancement à la hors classe (fiches B3)**

### **A – pour les directeurs d'hôpital**

Les conditions d'ancienneté et de mobilité requises pour bénéficier d'un avancement de grade (hors classe) sont régies par l'article 21 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction. Celles-ci sont les suivantes :

- avoir atteint le 6<sup>ème</sup> échelon du grade de la classe normale et justifier de quatre années de services effectifs dans le corps,
- avoir effectué deux changements d'affectation depuis l'accès dans le corps, dont au moins un changement d'établissement.

Toutefois, lorsque le changement d'affectation conduit à un changement de région administrative, un seul changement d'affectation est requis.

Les périodes de détachement, les périodes de mise à disposition d'une quotité au moins égale à 50%, d'une durée supérieure à douze mois sont prises en compte.

Les périodes de détachement ou de mise à disposition d'une durée supérieure à douze mois accomplies, d'une quotité au moins égale à 50 %, sont considérées comme un changement d'établissement au sens de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

Si cette condition n'est pas remplie, le comité de sélection mentionné à l'article 16 du présent décret statue sur leur éventuelle prise en compte au titre d'un tel changement d'affectation.

Les périodes de disponibilité ayant donné lieu à une activité professionnelle font également l'objet d'un examen du comité de sélection qui statue sur leur éventuelle prise en compte au titre d'un changement d'affectation, soit au sens de l'article 2 (1° à 6°) de la loi du 9 janvier 1986, soit au sens d'un changement de région administrative.

Les directeurs d'hôpital qui assurent, ou sont membres, lors de sa constitution, d'une direction commune ou à une fusion d'établissements mentionnés à l'article 2 (1° à 6°) de la loi du 9 janvier 1986 modifiée sont considérés comme ayant effectué une mobilité fonctionnelle.

Les directeurs qui verraient leur fonction étendues dans le cadre d'un GHT bénéficient d'une mobilité fonctionnelle. Il s'agit des grands domaines fonctionnels fixés par le répertoire des métiers.

## **B - pour les directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux**

Les conditions d'ancienneté et de mobilité requises pour bénéficier d'un avancement de grade (hors classe) sont régies par l'article 22 du décret n°2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié. Celles-ci sont les suivantes :

- avoir atteint le 5<sup>ème</sup> échelon du grade de la classe normale et justifier de cinq années de services effectifs dans le corps (avant le 31 décembre de l'année N). Pour les fonctionnaires accueillis par voie de détachement dans le corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en application de l'article 9 du décret n°2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié, « les services accomplis dans le corps d'origine sont assimilés à des services accomplis dans le corps d'accueil pour les avancements d'échelon et de grade » ;
- avoir exercé, depuis l'accès dans le corps, dans au moins deux établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée (avant le 31 décembre de l'année N-1).

Les périodes de détachement, les périodes de mise à disposition d'une quotité au moins égale à 50%, d'une durée supérieure à douze mois sont prises en compte.

Si ces périodes de détachement ou de mise à disposition sont accomplies dans une autre région administrative, elles sont considérées comme un changement d'affectation au sens du deuxième

alinéa. Si cette condition n'est pas remplie, le comité de sélection mentionné à l'article 15 du décret n° 2005-921 modifié portant statut particulier du corps des directeurs d'hôpital statue sur leur éventuelle prise en compte au titre d'un tel changement d'affectation.

Les périodes de disponibilité ayant donné lieu à une activité professionnelle font également l'objet d'un examen du comité de sélection qui statue sur leur éventuelle prise en compte au titre d'un changement d'affectation.

Les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui assurent, ou sont membres, lors de sa constitution, d'une direction commune ou à une fusion d'établissements sont considérés avoir effectué une mobilité fonctionnelle. Pour l'application de cette disposition, la nomination du ou des directeur(s) de la direction commune ou de la fusion devra avoir été enregistrée par un arrêté du Centre National de Gestion, avant la constitution du tableau d'avancement lors de la commission administrative paritaire nationale.

### **C – les directeurs des soins**

Les conditions d'ancienneté et de mobilité requises pour bénéficier d'un avancement de grade (hors classe) sont régies par l'article 19 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Celles-ci sont les suivantes :

- avoir atteint le 4ème échelon du grade de la classe normale et justifier de quatre années de services effectifs dans le corps (l'année de formation à l'Ecole nationale des hautes études en santé publique est prise en compte dans l'ancienneté pour l'avancement de grade) ;

avoir accompli depuis leur nomination dans le corps des directeurs des soins ou dans celui de cadre de santé ou de cadre de santé paramédical, au moins une mobilité

- soit, au titre d'un changement d'établissement au sens de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée ;

Les périodes accomplies soit en situation de mise à disposition, soit en position de détachement ou de disponibilité, d'une quotité au moins égale à 50 %, sont considérées, après avis de la commission administrative paritaire nationale, comme un changement d'établissement lorsqu'elles ont donné lieu à l'exercice d'une activité professionnelle correspondant aux missions des directeurs des soins mentionnées à l'article 3 ;

- soit au titre de la mobilité fonctionnelle ;

Dans le corps des directeurs des soins, la mobilité fonctionnelle doit s'accomplir entre les fonctions mentionnées à l'article 3 à l'exception de celles consistant en missions, études ou coordination d'études.

Au sein des corps de cadres de santé et de cadres de santé paramédicaux, la mobilité fonctionnelle doit avoir respectivement été accomplie entre les fonctions mentionnées au 1° et au 3° des articles 4 et 5 du décret du 31 décembre 2001 ou entre les fonctions mentionnées au 1° et au 3° des articles 3 et 4 du décret du 26 décembre 2012.



Les directeurs des soins qui sont membres, lors de sa constitution, d'une direction commune sont considérés comme ayant effectué une mobilité fonctionnelle. Cette mobilité est attestée par le directeur d'un des établissements faisant l'objet d'une direction commune. Cette disposition s'applique également aux directeurs des soins affectés dans un établissement faisant l'objet d'une fusion avec un autre établissement mentionné à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

Pour les trois corps de direction, les directeurs qui remplissent ces conditions statutaires, doivent, pour être inscrits au tableau d'avancement, faire l'objet d'une proposition d'inscription et d'une évaluation en cohérence avec cette proposition d'inscription.

Compte tenu des conséquences de l'avis de l'évaluateur sur la carrière de l'intéressé, et en vue des débats en CAPN, il est impératif de motiver la proposition d'inscription ou de non-inscription.

### **III - CONCLUSION DE L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION**

A la fin de l'entretien, un moment privilégié doit être réservé à l'évalué pour lui permettre d'exprimer ses perspectives et ses attentes professionnelles dans sa relation avec l'évaluateur, incluant si nécessaire des propositions d'amélioration des relations entre l'A.R.S. et l'établissement (pour les chefs d'établissement), des propositions d'amélioration des relations entre le chef d'établissement et ses adjoints ou plus largement au sein de l'équipe de direction.

Le document doit être signé obligatoirement par l'évaluateur et l'évalué, chacun en garde une copie. Le nom, la qualité et la signature lisibles de l'évaluateur doivent impérativement figurer sur le support d'évaluation.

La signature du support d'évaluation est impérative ; elle signifie que l'évalué a pris connaissance de son évaluation mais n'emporte pas accord sur son contenu.

Le dossier C.N.G. original (fiches **A, A(suite), B, B1, B1(suite), B2, B3, C**) ainsi que les notifications de parts liées aux fonctions et aux résultats sont transmis systématiquement au C.N.G. pour classement dans le dossier administratif de l'intéressé(e).

## Bibliographie :

### Ouvrages :

- AUBY Jean-Marie, AUBY Jean-Bernard, JEAN-PIERRE Didier, TAILLEFAIT Antony, Droit de la fonction publique, Précis Dalloz, 7<sup>e</sup> édition, 2012.
- BOURDON Pierre, Les enjeux du droit des fonction publiques, Lexis Nexis, 2018.
- COLIN Frédéric, Droit de la fonction publique, Memento LMD, Gualino, 2016.
- MELLERAY Fabrice, Droit de la fonction publique, Economica 4<sup>e</sup> édition, 2017.
- TRUCHET Didier, Droit de la santé publique, Memento Dalloz, 2017.
- ARNAUD Jean-Olivier, BARSAQ Gérard, La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital, Les éditions ESF, 1989.

### Thèse :

- Juliette Dureau, Les primes dans la fonction publique : entre incitation et complément de traitement, Economies et finances, Université Rennes 2, 2006, Français.

### Articles :

- CROZET Paul, « Fonction publique : de la lente mort de la notation à l'institutionnalisation de l'entretien professionnel », *Annales des Mines – gérer et comprendre*, 2012, pages 34 à 47.
- BERTEZENE Sandra et DUBRION Benjamin, « « Moderniser » les pratiques d'évaluation du travail dans la fonction publique analyse exploratoire du cas d'un hôpital public », *Formation emploi [En ligne]*, 2013, pages 83 à 105.
- MARESCAUX Claude, « Entre soin et contrôle de gestion : place du DIM dans l'organisation hospitalière », *L'information psychiatrique*, 2011, volume 87, pages 487 à 491.
- NOGUERA Florence et LARTIGAU Jérôme, « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », *Management & Avenir*, 2009, pages 290 à 314.
- IENTILE-YALENIOS Jocelyne, Thivant Eric et ROGER Alain, « Le nouveau management public conduit-il à un rapprochement public-privé ? Une analyse à partir des procédures d'évaluation du personnel », *Gestion et management public*, 2016, pages 121 à 137.

- SCHEWEYER François Xavier, « Les carrières des directeurs d'hôpital », *Revue française d'administration publique* 2005/4 (n°116), pages 623 à 638.
- SCHEWEYER François Xavier, « une profession de l'Etat providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*, 2006, Pages 45 à 60.
- CHANUT Véronique et ROJOT Jacques, « Réinventer l'évaluation. Les nouvelles règles du jeu RH dans une administration publique », *Management & Avenir* 2011/ 9 (N° 49), pages 195 à 222.
- BACACHE-BEAUVALLET Maya, « Rémunération à la performance. Effets pervers et désordres dans les services publics », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, n° 189, pages 58 à 71.
- TAILLEFAIT Antony, « vers une gestion rénovée de la carrière des fonctionnaires ? », *Revue française de droit administratif*, 2018, page 246.
- VOLUT Dominique, « Le remplacement de la notation par l'entretien individuel : un coup d'épée dans l'eau ? », *Actualité juridique fonctions publiques*, 2013, page 307.

### **Rapports :**

- Comité d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, 2001, *La notation et l'évaluation des agents de l'administration*.
- Comité d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, 2004, *La gestion des régimes indemnitaires et la modulation des primes*.
- Comité d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, 2006, *L'évaluation et la notation des fonctionnaires de l'Etat*.
- SILICANI Jean-Ludovic, 2008, *Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique*, Ministère du budget des comptes publics et de la fonction publique.

### **Référence sitographique :**

- Ressources disponibles sur le site du Centre National de Gestion : <https://www.cng.sante.fr/>

## Table des matières

Remerciements.....	5
Sommaire.....	6
Introduction.....	7
<b>Partie I – Une transformation de l’évaluation des directeurs d’hôpital due aux exigences de la conception moderne de la fonction publique.....</b>	<b>13</b>
Chapitre 1 – La mise en place d’un mécanisme d’évaluation moderne.....	13
Section 1 – Le passage de la notation à l’évaluation : une réponse juridique aux problématiques nées de la pratique de la notation.....	13
§ 1 – L’évolution du cadre juridique, de la notation vers l’évaluation.....	13
A) La notation et l’évaluation dans la fonction publique.....	13
1. La mise en place d’une notation unique ( 1959 – 2002).....	13
2. L’introduction d’un entretien professionnel annuel (2002 – 2007).....	14
3. L’émergence d’une évaluation unique : depuis 2007.....	15
B) Le cas particulier et dérogatoire du corps des directeurs d’hôpital.....	16
1. La mise en place d’une notation unique (1943 -1994).....	16
2. Un système de notation enrichi par un entretien annuel (1994-2005).....	17
3. La mise en place d’une évaluation annuelle par entretien professionnel depuis 2005 synonyme de fin de la notation.....	18
§ 2 – Une réponse aux insuffisances de la notation.....	18
A) Le passage à l’évaluation, reflet d’une demande de transparence et d’équité dans l’appréciation du travail.....	19
B) Une évolution motivée par un besoin de redonner du sens à l’évaluation.....	20
Section 2 – Un changement de conception du processus d’évaluation sous forme d’application des principes du Nouveau Management Public.....	22
§ 1 – L’émergence des principes du management public dans la gestion et la définition des emplois publics.....	22
A) Genèse et justification des grands principes du nouveau management public.....	22
B) Son application à la fonction publique française : le passage à une administration « post webérienne ».....	24
§ 2 - Le cas de l’évaluation des directeurs d’hôpital adjoints : l’exemple de la responsabilisation de l’agent vis-à-vis de ses résultats.....	25
A) Une responsabilisation du directeur d’hôpital adjoint par la fixation d’objectifs.....	26
B) Le prolongement d’une logique du « rendre compte » symbolisée par la certification.....	27

Chapitre 2 – L’octroi d’un outil de valorisation du corps des directeurs au sein des établissements publics de santé .....	28
Section 1 – Un instrument de dialogue bienvenu dans le cadre de la relation entre le directeur général et les directeurs adjoints .....	28
§ 1 - L’entretien individuel, source de co-construction de l’évaluation annuelle.....	29
A) Une rencontre nécessaire au déploiement du plein potentiel de l’évaluation.....	29
B) L’évaluation du point de vue du directeur général : fixation d’un cap et valorisation du travail accompli.....	30
C) L’évaluation « subie » par le directeur adjoint : moment de vérité et collecte d’information .....	31
§ 2 – Un « après entretien » à parfaire, le dialogue post évaluation limité.....	32
A) La difficile prise en compte d’un « avis contraire » de l’évalué par rapport aux conclusions de son évaluateur.....	32
B) Un positionnement du juge en retrait de la procédure d’évaluation .....	33
Section 2 – Un exemple singulier d’introduction d’une part de rémunération au mérite : la prime de fonctions et de résultats appliquée aux directeurs d’hôpital .....	35
§ 1 – L’évolution de l’encadrement des primes liées à l’activité et aux résultats des directeurs d’hôpital .....	35
A) La rémunération des fonctionnaires.....	35
1. Les principes généraux de la rémunération des fonctionnaires .....	35
2. La généralisation des primes avec la mise en place de la « PFR » puis du « Rifseep » .....	36
B) Le cas particulier des directeurs d’hôpital .....	37
1. Un système de prime aussi ancien que le statut des directeurs d’hôpital .....	37
2. La mise en place du système actuel : la Prime de fonctions et de résultats des personnels de direction.....	37
§ 2 - Une relative remise en question du principe d’égalité, valeur historique du service public et de la fonction publique.....	38
A) La conception classique du principe d’égalité de traitement des fonctionnaires.....	38
B) Le régime des directeurs d’hôpital adjoints, l’illustration d’une conception renouvelée du principe d’égalité de traitement des fonctionnaires .....	40
C) La singularité de la prime de fonctions et de résultats, potentielle source de conflits et de méprises.....	41

<b>Partie II – Une modernisation de la gestion publique rendue possible par l'évaluation.....</b>	<b>44</b>
Chapitre 1 – Un outil à même d'accompagner les transformations de l'établissement public de santé .....	44
Section 1 – Un système d'évaluation en phase avec l'avènement de la coopération hospitalière .....	44
§ 1 – La mise en place de la coopération hospitalière : une réforme d'ampleur aux nombreuses répercussions sur la fonction de directeur d'hôpital adjoint .....	45
A) Un objectif commun aux différentes réformes hospitalières .....	45
B) Un renouvellement de la philosophie des direction générales d'établissements publics de santé.....	46
§ 2 - Le caractère pédagogique et incitatif de l'évaluation au service de la coopération hospitalière .....	47
A) La fixation d'objectifs annuels, un véritable instrument de « soft power » au secours de la coopération entre établissements.....	47
B) Une lecture plus « collective » des résultats professionnels à l'appui de l'émergence d'une stratégie de groupe public .....	48
Section 2 – Un instrument approprié au processus d'hybridation des modèles publics et privés .....	49
§ 1 – Un facteur d'attractivité en mesure d'affronter les nouveaux enjeux liés au recrutement des directeurs d'hôpital adjoints .....	49
A) Un facteur d'attractivité lors des concours de la fonction publique .....	50
B) Un outil pertinent pour la politique actuelle de recrutement des directeurs contractuels .....	51
§ 2 – Evaluation et évolution de la tarification à l'activité .....	52
A) Une logique méritocratique en commun.....	53
B) L'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints, un moyen d'absorber le virage « qualitatif » de la tarification à l'activité .....	54
Chapitre 2 – Un instrument enclin à fonder une gestion du corps des directeurs d'hôpital plus aboutie.....	55
Section 1 – La formalisation d'une véritable gestion prévisionnelle des carrières : une réforme attendue .....	55
§ 1 – L'évaluation au soutien d'une approche prospective de la gestion des directeurs d'hôpital adjoints.....	56
A) Une prospection au soutien de l'organisation des établissements publics de santé.....	56
B) Une introspection au soutien de la gestion (construction) personnelle de sa carrière pour le directeur d'hôpital adjoint .....	58
§ 2 – L'évaluation à la croisée des chemins entre polyvalence et spécialisation.....	59
A) Un système actuel encourageant la polyvalence au détriment de la spécialisation .....	59

B) Une réforme du système pouvant se baser sur l'évaluation annuelle .....	60
Section 2 – Les hypothèses de réformes .....	61
§ 1 – Un besoin d'harmonisation paradoxal pour un dispositif basé sur l'individualisation de l'évaluation des individus .....	62
A) Un constat des limites de l'évaluation : tous les maux de la notation n'ont pas été gommés .....	62
B) Une nécessaire coordination des pratiques autour d'un référentiel commun .....	63
§ 2 – La nécessaire ouverture du dispositif de l'évaluation .....	64
A) La possibilité du recours à un tiers lors du processus d'évaluation.....	65
B) La promotion des compétences relationnelles .....	66
Conclusion.....	68
Annexe I – Grille d'entretiens.....	70
Annexe II – Support d'évaluation des directeurs d'hôpital .....	72
Annexe III – Guide de l'évaluation du Centre National de Gestion 2018.....	83
Bibliographie.....	90

## **Résumé :**

L'étude du mode d'appréciation de valeur professionnelle de hauts fonctionnaires tels que les directeurs d'hôpital est un véritable révélateur des questionnements et des courants de pensées sous-tendant l'action publique. En effet, l'évaluation des directeurs d'hôpital est un produit des évolutions passées de la fonction publique autant qu'un outil de modernisation pour ses transformations en cours ou à venir. Dans le contexte ô combien particulier des établissements publics de santé, l'application spécifique du dispositif aux directeurs adjoints illustre toute sa richesse et sa modernité. A travers les efforts de transparence, de dialogue et de pédagogie accomplis, tout a été mis en œuvre pour redonner un sens à un processus d'évaluation longtemps terni par les défauts de la notation. Désireux de devenir un outil d'accomplissement professionnel, le mécanisme de l'évaluation a étoffé ses critères d'appréciation à travers la méthode de la fixation d'objectifs et la procédure de l'entretien annuel. Preuve de son rapport étroit avec le mouvement constant de réforme de la fonction publique, l'évaluation des directeurs d'hôpital adjoints est désormais le biais d'introduction d'une part de rémunération au mérite chez les fonctionnaires. Mais le dynamisme et la richesse de ce nouveau dispositif peuvent être mis au service de bien d'autres chantiers du service public hospitalier. De la coopération hospitalière à la dynamisation de la gestion du corps des directeurs d'hôpitaux, les enjeux auxquels l'outil de l'évaluation peut prêter main forte sont en nombre.

## **Abstract :**

The study of the professional appraisal method which applies to Senior officials such as Deputy Hospital Directors is very revealing the questions and the intellectual currents underlying public action. In fact, Hospital Directors' appraisal is as much a product of Public Service's past evolutions as a modernization tool of its current and future makeovers. In the so distinctive context of public health facilities, specific implementation of this measure to the Deputy Hospital Directors shows its greatness and its modernity. Through the endeavours to ensure transparency, dialogue and pedagogy, everything has been implemented to restaure the meaning of the professional appraisal which has been tarnished for a long time by the imperfection of the marking. In order to become a tool of professional fulfilment, the appraisal mechanism has expanded its assessment criteria through target setting methods and the process of one-to-one interview. Deputy Hospital Directors' appraisal is now becoming a breach to merit-based pay of Public officers, which proves the close link of this mechanism with the Public service's constant reform motion. Yet, the dynamism and the greatness of this new appraisal tool could be placed in the service of many other Public Hospital Service's works/plans/projects. From the collaboration between the different hospital corps to the revitalization of the management of Hospital Directors's corps, the professional appraisal tool faces many stakes.