

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital
Promotion : **2006 - 2008**
Date du Jury : **Novembre 2007**

Le statut de la fonction publique à l'heure des réformes hospitalières

Philippe CHARPENTIER

Remerciements

A mon maître de stage, Jacques Lahély, DRH du CHU de Fort de France, je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance. Pour m'avoir conseillé et soutenu tant dans mes recherches que dans le déroulement de mon stage. Et surtout pour avoir, par son exemple, conforté en moi l'enthousiasme à exercer le métier.

Mes remerciements sincères vont à l'équipe de Direction du CHU de Fort de France et aux agents de la Direction du personnel, sans la disponibilité et l'amabilité desquels ce travail n'aurait sans doute pas abouti.

Ils reviennent également à l'ensemble des personnes rencontrées ou interviewées pour avoir aussi spontanément accepté de me consacrer de leur temps et de partager leur avis sur le sujet.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Remerciements..... | b |
| Sommaire..... | c |
| Liste des sigles utilisés..... | d |
| 1.En dépit d'un environnement hospitalier en pleine évolution, les valeurs portées par le statut demeurent d'actualité et les règles statutaires offrent les outils d'une gestion dynamique des ressources humaines..... | 6 |
| 1.1.Depuis la naissance du statut, le rapport à l'emploi hospitalier et l'environnement juridique ont certes évolué..... | 6 |
| 1.1.1.Le statut est le produit de plus de deux siècles d'Histoire. | 6 |
| 1.1.2.L'emploi hospitalier, depuis vingt ans, est devenu plus technique et plus individuel, dans un contexte de chômage élevé..... | 8 |
| 1.1.3.Le droit communautaire influence fortement l'évolution de la fonction publique française..... | 12 |
| Depuis la Constitution de 1946, le droit français et le droit international forment un ordre juridique uniforme (conception moniste). L'article 55 de la Constitution de 1958 reconnaît quant à lui aux « traités ou accords régulièrement ratifiés ou approuvés (...) une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie »..... | 12 |
| De ce fait, l'évolution de la fonction publique française a été profondément influencée par la transposition des directives du Conseil et du Parlement européens ainsi que par la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE). | 12 |
| Ainsi la loi du 26 juillet 1991 a introduit un article autorisant l'accès des ressortissants communautaires aux corps ne participant pas à l'exercice de la puissance publique (correspondant à plus de 80% des emplois). La loi n° 2005-843 du 26 juillet 2005 portant diverses mesures de transposition du droit communautaire à la fonction publique réforme le régime de 1991 en prenant acte du raisonnement par emploi, et non par corps, que la CJCE utilise depuis 1980. Cette loi, transposant la directive 1999/70/CE sur le travail à durée déterminée, définit également les contrats à durée déterminée considérés comme successifs et fixe les conditions sous lesquelles ils sont réputés conclus pour une durée indéterminée..... | 12 |
| Par ailleurs, un décret du 2 mai 2002 définit les conditions d'accès des fonctionnaires d'un autre Etat de l'Union européenne à la fonction publique française par voie de détachement. Il prévoit notamment la mise en place d'une commission chargée, pour les trois fonctions publiques, d'apprécier les services accomplis dans un autre Etat membre que la France pour qu'ils soient pris en compte dans le classement dans un corps ou cadre d'emplois..... | 13 |
| Les évolutions rapides du rapport à l'emploi hospitalier et de l'influence du droit communautaire contrastent avec la lente construction statutaire. Cela ne signifie cependant pas que l'essence même du statut de la fonction publique soit inadaptée..... | 13 |
| 1.2.Pourtant le socle de valeurs portées par le statut de la fonction publique semble toujours d'actualité..... | 13 |
| 1.2.1.Les droits et obligations des fonctionnaires paraissent adaptées aux missions des services publics..... | 13 |
| 1.2.2.Les exigences et les droits spécifiques à la fonction publique hospitalière répondent à des besoins particuliers de l'hôpital..... | 15 |
| 1.2.3.La fonction publique fait l'objet d'un attachement particulier de la population, lié à un modèle français du service public..... | 17 |

| | | |
|--|--|----|
| 1.3. | <i>Le statut offre les outils d'une gestion dynamique des ressources humaines.....</i> | 20 |
| 1.3.1. | <i>Le statut prévoit des éléments de souplesse.....</i> | 20 |
| 1.3.2. | <i>Plusieurs règles statutaires révèlent un souci de performance.....</i> | 23 |
| 1.3.3. | <i>Les établissements ont, depuis plus de dix ans, l'obligation d'adopter une approche métier pour répondre à leurs besoins.....</i> | 26 |
| 2. | <i>La dérive des pratiques et l'insuffisante adaptation du statut sur certains aspects génèrent une perte d'efficacité de l'action publique.....</i> | 30 |
| 2.1. | <i>Les pratiques actuelles divergent des valeurs et des objectifs du statut.....</i> | 30 |
| 2.1.1. | <i>Les caractéristiques de l'administration publique ont longtemps inhibé l'innovation managériale.</i> | 30 |
| 2.1.2. | <i>Les pratiques de l'égalitarisme.....</i> | 33 |
| 2.1.3. | <i>La gestion des ressources humaines ne bénéficie pas de moyens propres à assurer sa pleine efficacité.....</i> | 36 |
| 2.2. | <i>Les règles statutaires occasionnent également des blocages dans certains domaines..</i> | 41 |
| 2.2.1. | <i>Une rénovation des outils a certes été entreprise.....</i> | 41 |
| 2.2.2. | <i>La rénovation législative laisse subsister de nombreux archaïsmes.....</i> | 42 |
| 2.2.3. | <i>Certains éléments entrent en confrontation directe avec la logique des réformes. .</i> | 45 |
| 2.3. | <i>Le dévoiement des pratiques et l'inadaptation partielle du cadre statutaire engendrent une perte d'efficacité de l'action publique.....</i> | 46 |
| 2.3.1. | <i>la pénurie et le coût budgétaire direct.....</i> | 47 |
| 2.3.2. | <i>La baisse de la qualité des prestations et de la motivation des personnels</i> | 48 |
| 2.3.3. | <i>La défaillance stratégique.....</i> | 48 |
| 2.3.4. | <i>L'irrégularité des pratiques.....</i> | 48 |
| Il ressort, au terme de cette partie, que l'application des règles statutaires a quelque peu divergé des principes statutaires initiaux et que certaines dispositions prévues par les lois du 13 juillet 1983 et 9 janvier 1986 ainsi que par l'ensemble des statuts particuliers engendrent une perte d'efficacité de l'action publique..... 49 | | |
| Dès lors se pose la question même du maintien de ce statut, dont les principes restent d'actualité, mais donc l'application ne permet pas de dynamiser la GRH hospitalière. ...49 | | |
| 3. | <i>Le statut de la fonction publique devrait être conservé, mais la modernisation de la GRH à l'hôpital devrait s'articuler autour d'une plus grande flexibilité des parcours professionnels, de la valorisation de la performance et d'une prise de conscience du caractère stratégique des ressources humaines.</i> | 50 |
| 3.1. | <i>Articuler la logique statutaire avec le contrat individuel.....</i> | 50 |
| 3.1.1. | <i>En dépit de réels avantages théoriques, le contrat n'apporterait pas, à lui seul, les réponses attendues.....</i> | 50 |
| 3.1.2. | <i>Il apparaît préférable de conserver un socle statutaire plutôt que de l'abandonner.</i> | 54 |
| 3.1.3. | <i>Articuler le cadre statutaire avec le contrat individuel.....</i> | 58 |
| 3.2. | <i>Rendre les parcours professionnels plus flexibles.....</i> | 59 |
| 3.2.1. | <i>Assouplir les conditions de recrutement.....</i> | 59 |
| 3.2.2. | <i>Se donner les moyens d'une mobilité accrue.....</i> | 60 |
| 3.2.3. | <i>Décloisonner l'hôpital.....</i> | 62 |
| 3.3. | <i>Valoriser la performance.....</i> | 64 |
| 3.3.1. | <i>S'engager sur des objectifs contractuels.....</i> | 64 |
| 3.3.2. | <i>Rémunérer les compétences et les tâches réellement effectuées.....</i> | 65 |
| 3.3.3. | <i>Rémunérer les résultats.....</i> | 66 |
| 3.4. | <i>Transformer la « contrainte ressources humaines » en axe stratégique d'un établissement.....</i> | 68 |
| 3.4.1. | <i>Revoir le management des ressources humaines.</i> | 68 |
| « Il faut oser. On a tout ce qu'il faut pour agir. Un directeur d'hôpital est quelqu'un qui a un champ d'autonomie qu'il a insuffisamment exploré. [...] L'encadrement supérieur doit être en dynamique sur l'ingénierie de gestion. » | | |
| 3.4.2. | <i>La subsidiarité dans la GRH : rénover et responsabiliser le dialogue social.....</i> | 72 |
| 3.4.3. | <i>S'inscrire dans le mouvement des réformes.....</i> | 78 |

Liste des sigles utilisés

| | |
|--------|--|
| AAH | attaché d'administration hospitalière |
| ANACT | agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail |
| ANAES | agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé |
| ANFH | association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier |
| APHM | assistance publique - hôpitaux de Marseille |
| APHP | assistance publique - hôpitaux de Paris |
| ARH | agence régionale de l'hospitalisation |
| ARHIF | agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France |
| ARTT | aménagement de la réduction du temps de travail |
| CAPL | commission administrative paritaire locale |
| CDD | contrat à durée déterminée |
| CDMT | centrale démocratique martiniquaise des travailleurs |
| CHU | centre hospitalier universitaire |
| CJCE | cour de justice des communautés européennes |
| CME | commission médicale d'établissement |
| CRF | croix rouge française |
| CSP | code de la santé publique |
| DDRH | direction du développement des ressources humaines |
| DGAFFP | direction générale de l'administration et de la fonction publique |
| DHOS | direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins |
| DP | direction du personnel |
| DPRS | direction du personnel et des relations sociales |
| DRH | direction des ressources humaines |
| ENA | école nationale d'administration |
| ENSP | école nationale de la santé publique |
| EPA | établissement public à caractère administratif |
| EPIC | établissement public à caractère industriel et commercial |
| EPRD | état prévisionnel des recettes et des dépenses |
| EPS | établissement public de santé |
| ETP | équivalent temps plein |
| FEHAP | fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif |
| FHF | fédération hospitalière de France |
| FNCLCC | fédération nationale des centres de lutte contre le cancer |
| FPE | fonction publique d'Etat |
| FPH | fonction publique hospitalière |
| FPT | fonction publique territoriale |
| GPEC | gestion prévisionnelle des emplois et compétences |
| GRH | gestion des ressources humaines |
| HAS | haute autorité de santé |

| | |
|--------|--|
| IADE | infirmière anesthésiste diplômée d'Etat |
| IBODE | infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat |
| IDE | infirmière diplômée d'Etat |
| IFTS | indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires |
| IGAS | inspection générale des Affaires sociales |
| IGF | inspection générale des Finances |
| LFSS | loi de financement de la Sécurité sociale |
| LOLF | loi organique relative aux lois de finances |
| MEAH | mission nationale d'expertise et d'appui hospitaliers |
| NHS | national health service |
| OMS | organisation mondiale de la santé |
| PNL | privé non lucratif |
| PSPH | participant au Service Public Hospitalier |
| RH | ressources humaines |
| SNCH | syndicat national des cadres hospitaliers |
| T2A | tarification à l'activité |
| TEPA | tableau des emplois permanents autorisés |
| UGECAM | union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie |
| VAE | validation des acquis de l'expérience |

*

Alors que le vent n'avait pas fini de balayer l'île et que les routes, encombrées d'arbres déracinés, commençaient à peine à être sillonnées par les premiers véhicules de secours, chacun se félicitait, quelques heures après le passage du cyclone Dean sur la Martinique, à l'aube du 17 août 2007, de la capacité des hôpitaux à assurer sans discontinuer leur mission de service public. Le directeur général du Centre hospitalier universitaire de Fort de France, décidant de rappeler l'ensemble des personnels disponibles dans le département et de maintenir à leur poste les agents déjà présents depuis 24 à 36 heures dans les services, rappelait simplement que « ces servitudes sont la contrepartie de notre statut d'agent public ».

Si donc le statut nous a aidé à traverser la tempête, il semble cependant lui-même dans la tourmente. Il fait à tout le moins l'objet de critiques plus ou moins virulentes portant toutes sur son « archaïsme » et sur sa pesanteur. A mesure que les réformes hospitalières induisent de nouvelles règles de gestion, la critique d'inadaptation paraît prendre une dimension nouvelle.

La majorité des personnels est régie par le statut de la fonction publique hospitalière, composé au sens strict de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 (titre I du statut général des fonctionnaires) fixant les droits, garanties et obligations de l'ensemble des fonctionnaires et de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 (titre IV du statut général) précisant les dispositions statutaires des fonctionnaires hospitaliers¹. Au sens large, le « statut » englobe aussi les statuts dits « particuliers », définissant les règles de recrutement, d'avancement, de promotion et de mobilité spécifiques à chaque corps de la fonction publique. (Par commodité de langage, nous référerons à tous ces textes sous le terme de « statut de la fonction publique » ou « statut ». Nous distinguons ainsi les textes constitutifs de la fonction publique de la « logique statutaire » ou « idée du statut », entendue comme l'ensemble des démarches et principes de la construction statutaire).

Mais l'ensemble des règles de gestion des ressources humaines (GRH) à l'hôpital ne découle pas directement du statut. Certains personnels sont employés sous contrats, distincts des règles statutaires. Plusieurs champs relevant du domaine des ressources

¹ cf. annexe 1

humaines, telles les conditions de sécurité et d'hygiène, résultent de l'application du code du travail. Enfin les personnels médicaux sont régis par des règles juridiques propres. Bien que considérés comme agents publics, ils ne bénéficient pas du statut de fonctionnaire. Dans un souci de simplification et malgré l'imbrication de certaines problématiques entre les différentes catégories d'agent, leur situation ne sera pas examinée en détail dans la suite de notre propos.

Ce corpus de règles écrites ne saurait refléter, à lui seul, la réalité de la GRH dans les établissements publics de santé. Il s'enrichit ou se dénature sous l'influence de pratiques des gestionnaires exerçant dans un contexte précis et ayant à assumer un héritage local parfois éloigné du texte. L'application des règles écrites a également fait et continue de faire l'objet d'une appréciation qu'il conviendra de préciser.

Parallèlement à l'application de ces règles de gestion des ressources humaines relativement stables, l'environnement hospitalier, l'organisation interne et le régime financier ont été réformés dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » (en utilisant les termes « réformes hospitalières », « nouvelles réformes de l'hôpital » ou « réformes en cours » nous évoquons cet ensemble particulier de mesures). Cinq mots devaient résumer les propositions de la mission Hôpital 2007 : « autonomie, responsabilisation, contractualisation, évaluation, réactivité² ». « Concurrence » semble devoir être ajouté à cette liste, tant l'application des réformes à l'ensemble du secteur hospitalier public et privé permettra et sanctionnera la comparaison des établissements entre eux.

De fait, la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) place l'impératif de réactivité au centre de la gestion hospitalière. La présentation de l'exécution quadrimestrielle de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) est désormais une obligation légale, mais le suivi de l'activité et des dépenses à un rythme aussi rapide que le permettent les systèmes d'information est devenu indispensable. Il convient ensuite logiquement d'adapter les moyens aux évolutions temporelles de l'activité. La vision stratégique à plusieurs années se double donc d'une analyse infra annuelle.

L'adéquation des moyens aux besoins s'effectue par ailleurs au plan local. La nouvelle gouvernance prône l'idée d'un rapprochement entre la décision et la responsabilité d'une part et la réalisation de l'action d'autre part. Elle est largement bâtie sur le concept de subsidiarité, qui fait peser la responsabilité d'une action au niveau le plus approprié pour sa

² DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G.. « Modernisation du statut de l'hôpital public. Les dangers et les atouts de la réforme », *Revue Hospitalière de France*, 2003/09-10, N : 494. 52-54

réalisation. La déconcentration d'une série de décisions dans les pôles devrait être de nature à mieux adapter les moyens aux besoins locaux, ainsi qu'à permettre une meilleure acceptation des décisions par les équipes de terrain. Le dimensionnement de l'offre de soin par rapport à la demande locale à travers la participation des conférences de territoire et à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins réaffirme l'exigence d'adaptation des moyens aux besoins, et non l'inverse.

Enfin la notion de performance émerge au sein des établissements publics. L'exigence de performance, posée par loi organique relative aux lois de finances (LOLF) a été transposée pour la loi de financement de la sécurité sociale dans une loi organique spécifique promulguée le 2 août 2005. De plus, hôpitaux publics, établissements privés non lucratifs et cliniques à but lucratif partagent désormais un mode de financement très similaire, celui de la tarification à l'activité. Même si les tarifs appliqués dans de cette tarification ne sont pas encore identiques, la comparaison des performances est déjà rendue plus aisée.

Edouard Couty, ancien Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, souligne l'émergence d'une nouvelle culture :

« On peut affirmer qu'entre 1998 et 2004 les prémises d'une culture du résultat se sont peu à peu mises en place dans les établissements de santé. Celle-ci devrait se développer sous l'action des usagers du système de soins qui s'organisent et prennent progressivement une place plus importante et sous l'effet des réformes en cours. La réforme du financement qui se réalise actuellement constitue un puissant moteur car les recettes des établissements seront désormais fonction de leur activité et de la qualité de leurs prestations³. »

Cependant, le champ des ressources humaines n'a pas fait l'objet de réforme d'ampleur comparable. De la « mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale », dont le travail a abouti au plan Hôpital 2007, l'on retient surtout la T2A et la nouvelle gouvernance. De fait, les propositions de cette mission s'aventurent timidement sur le terrain des ressources humaines et de la « modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale ». Le volet social n'a semble-t-il pas été très largement ouvert. La mission avait pourtant proposé la réforme des statuts des directeurs et de praticiens, en insistant sur la révolution managériale. Elle avertissait du caractère global de cette réforme :

³ COUTY E., « La culture du résultat dans la fonction publique est-elle compatible avec les enjeux de la santé ? », *Les Cahiers hospitaliers*. 2006/02, N : 220. 10-12

« Nous avons cherché à rendre [nos propositions] cohérentes les unes avec les autres. Ceux qui seraient tentés d'en supprimer certaines réfléchiront à ce que cela ne conduise pas à l'incohérence et au déséquilibre du nouvel édifice. »

L'absence de réforme relative à la GRH est d'autant plus surprenante que les ressources humaines constituent un enjeu majeur pour les hôpitaux. Les établissements de santé se caractérisent par le poids des dépenses de personnels dans leur fonctionnement. La plupart des établissements publics de santé consacrent entre 65% et 75% de leurs dépenses en salaires, charges sociales et autres primes. Dans ces conditions un suivi détaillé de l'évolution de ces dépenses s'avère indispensable. Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Fort de France, où l'on recensait 3500 agents rémunérés en juin 2007⁴, les dépenses relatives au personnel non médical représentaient 142 millions d'euros en 2006 et 143,7 millions en 2007. Entreprise de santé publique, l'hôpital apparaît donc comme une entreprise de main-d'œuvre. La qualité, le volume et l'efficacité de l'activité de l'hôpital dépendent directement de l'expérience et de la motivation des personnels.

Un certain décalage semble donc se creuser entre les règles de gestion des ressources humaines essentiellement statutaires et ayant peu évolué d'une part et un mouvement de réforme relativement rapide requérant réactivité, souplesse et performance d'autre part, à tel point qu'aux yeux de certains, le statut n'a plus de raison d'être dans ce contexte, ni même dans le milieu hospitalier⁵. *Ce décalage de rythme et d'intention nous conduit à nous interroger sur l'adaptation du statut de la fonction publique aux nouvelles réformes de l'hôpital.*

Il apparaît que malgré l'évolution du rapport à l'emploi hospitalier et du contexte juridique communautaire, les règles statutaires offrent toujours des outils d'une GRH dynamique. Les règles existantes en matière de ressources humaines ne s'opposeraient donc pas, *a priori*, à l'épanouissement des établissements dans les réformes. (1).

Toutefois, la dérive des pratiques et l'insuffisante adaptation du statut sur certains aspects engendrent une perte d'efficacité de l'action publique (2).

⁴ cf. annexe 4. tableaux 4 et 5

⁵ Claire Inizan, DGA de la Fondation Saint-Joseph, Paris 14^{ème}, estime même que « le statut n'a pas de sens à l'hôpital ».

La modernisation ainsi rendue nécessaire ne devrait pas se traduire par un abandon du statut, mais plutôt par son articulation avec le contrat individuel. Dès lors, une triple réforme semble se dessiner : celle de la flexibilité accrue des parcours professionnels, de la valorisation de la performance des agents et du renforcement du caractère stratégique de la gestion des ressources humaines (3).

* *

 *

1. En dépit d'un environnement hospitalier en pleine évolution, les valeurs portées par le statut demeurent d'actualité et les règles statutaires offrent les outils d'une gestion dynamique des ressources humaines.

La question de la compatibilité du statut de la fonction publique avec les réformes requiert en premier lieu l'étude de l'esprit et de la lettre du texte lui-même. L'environnement hospitalier a certes beaucoup changé depuis que la logique statutaire est née, et en particulier depuis l'immédiat après-guerre. Mais le statut lui-même demeure d'actualité : ses valeurs fondatrices ne sont pas très éloignées de celles des réformes en cours et il contient de nombreux outils d'une gestion dynamique des ressources humaines.

1.1. Depuis la naissance du statut, le rapport à l'emploi hospitalier et l'environnement juridique ont certes évolué.

1.1.1. Le statut est le produit de plus de deux siècles d'Histoire.

1.1.1.1. L'émergence de la fonction publique remonte à l'Ancien Régime.

Sous l'Ancien Régime, les charges permanentes de la fonction publique (les « offices ») sont déléguées par le roi à des officiers. Ces derniers reçoivent une lettre de provision et un traitement. La consécration des principes d'inamovibilité (1520), puis ceux de la vénalité et de l'hérédité en contrepartie d'une taxe acquittée par le titulaire (édit de Paulet, 1604) font peu à peu perdre le contrôle de ces officiers à la monarchie.

Le personnel des hôpitaux est à cette époque religieux et relève de l'édit du 12 décembre 1698 portant « grande réformation des hôpitaux de France ». Toutefois le pouvoir des officiers se développe au sein du « bureau » de ces établissements, l'assemblée générale, instance décisionnelle des hôpitaux, demeurant présidée par l'évêque. La nuit du 4 août 1789 et la suppression des privilèges n'emporte avec elle que la vénalité des charges. Le suffrage censitaire s'impose, qui ne garantit pas l'accès aux fonctions publiques aux plus méritants, mais aux citoyens les plus aisés.

Les trois conditions de l'émergence d'une fonction publique moderne sont apportées par l'Empire à travers l'établissement d'une hiérarchie des traitements en rapport avec une hiérarchie des fonctions, la mise en place d'une discipline fondée sur un ensemble structuré

de règlements et la consécration d'un principe d'uniformisation entre les différents ministères et services publics⁶.

La fonction publique française apparaît donc comme le produit d'une longue construction. Sa structuration autour d'un corpus de texte unique remonte elle aussi à plusieurs décennies.

1.1.1.2. La logique statutaire a plus d'un demi-siècle d'existence.

La construction de la fonction publique n'est pas conditionnée par l'adoption d'un statut. L'émergence d'une logique statutaire a cependant permis, après la seconde guerre mondiale, aux fonctions publiques de se consolider⁷.

Une première tentative de statut avorte en 1844. A la fin du XIX^{ème} siècle, le Conseil d'Etat s'oppose à l'adoption d'un statut général, lui préférant une multitude de textes particuliers. Le premier statut de la fonction publique (d'Etat) voit le jour en 1946, mais ne permet pas l'unification souhaitée par ses promoteurs.

Parallèlement, les personnels des hôpitaux assistent à l'harmonisation progressive de leurs règles de gestion. Deux textes de 1941 posent les bases d'une organisation statutaire. Le livre IX du Code de la Santé Publique, issu du décret n°55-683 du 20 mai 1955 constitue le premier « statut » à caractère général des personnels hospitaliers (neuf ans après celui des agents de l'Etat et trois ans après celui des agents communaux).

Enfin, le projet de statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales soumis au Parlement en 1982 constitue la dernière étape de la construction statutaire actuelle. Il vise à unifier les règles applicables à tous les « serviteurs de la République » et à faciliter les transferts de personnels de l'Etat vers les collectivités territoriales dans le cadre de la politique de décentralisation.

Le statut a effectivement apporté homogénéité et transparence à la gestion des situations de ces millions de personnes. Il a clarifié les droits de ces agents, a amélioré les droits sociaux en renforçant la participation des personnels au sein de l'administration.

⁶ STINGRE D., *La Fonction publique hospitalière*, PUF, Paris, 2006.

⁷ cf. annexe 1

Il apparaît donc que la construction de la fonction publique française est le produit d'un long processus historique. Ce dernier a rencontré une évolution rapide du rapport à l'emploi hospitalier depuis une vingtaine d'année.

1.1.2.L'emploi hospitalier, depuis vingt ans, est devenu plus technique et plus individuel, dans un contexte de chômage élevé.

De nombreuses évolutions ont touché le personnel des hôpitaux depuis une vingtaine d'années. Le temps partiel s'est considérablement développé et concerne aujourd'hui 15% de l'ensemble des effectifs. Le personnel est dans l'ensemble plus qualifié, comme l'illustre l'essor des catégories A et B au détriment de la catégorie C. La fonction publique hospitalière se caractérise par sa très grande féminisation, ainsi que par un relatif « vieillissement », dans la mesure où l'âge médian a augmenté de 5 ans entre 1989 et 2001. D'autres tendances encore ont affecté le rapport des agents au travail et sont susceptibles, au-delà des caractéristiques personnelles des agents de la Fonction publique hospitalière, de remettre en question le principe du statut.

1.1.2.1.Un contexte de chômage élevé.

Le contexte social français a largement évolué depuis la naissance du statut de la fonction publique, en 1955. Après la période de prospérité économique dite des « trente glorieuses » courant de 1945 à 1975, au cours de laquelle l'économie française a connu le plein emploi, une période de ralentissement économique s'est installée à partir du début des années 1980 et avec elle la montée progressive d'un chômage de masse.

Hormis les cas particuliers de pénurie d'infirmières diplômées d'Etat (IDE), d'infirmières anesthésistes diplômées d'Etat (IADE), d'infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat (IBODE) et d'autres métiers spécialisés⁸, le statut de la fonction publique s'est appliqué à des professions touchées par le chômage, dans les filières soignantes, administratives et techniques. La perception du cadre statutaire, et surtout de la sécurité d'emploi qu'il confère a donc été influencée par ce contexte difficile du marché de l'emploi.

La persistance d'un taux de chômage élevé (9% à 11% sur les 10 dernières années) a également pesé d'une manière générale sur le rapport des Français au travail. Elle a contribué à accentuer l'image d'un décalage entre la « protection des fonctionnaires » d'un

⁸ cf. annexe 4. tableau 6

côté et la « précarité » des non fonctionnaires de l'autre. Le contexte social spécifique aux Antilles⁹ et la place du CHU de Fort de France comme principal employeur de la Martinique renforcent localement le rôle « social » de l'établissement et le sentiment de protection conféré par le statut de fonctionnaire.

Cette sensibilité du personnel hospitalier public au contexte social n'est pas propre à la France. L'observatoire européen des systèmes de santé met en lumière le fait que les évolutions du marché de l'emploi pèsent sur l'ensemble des hôpitaux européens :

« L'hôpital a une organisation sensible aux changements du marché de l'emploi, tels que la pénurie de compétences ou l'évolution des mesures de régulation. En retour, l'hôpital tentera de modifier son propre marché du travail en réponse aux pressions extérieures en changeant la composition du personnel et l'organisation du travail¹⁰. »

En somme la perception de la fonction publique a sensiblement évolué sous l'effet du contexte économique et social de ces deux dernières décennies. Il semble par ailleurs que la nature même du métier hospitalier bouscule le statut.

1.1.2.2. Une perte de la « vocation » du personnel hospitalier, en particulier soignant.

L'héritage religieux des hospices d'avant la seconde guerre mondiale avait véhiculé l'idée d'un « sacerdoce hospitalier » alors même que l'exercice des missions de soin et d'accompagnement commençaient à se séculariser. La reconstruction du pays à partir de 1945, puis la période de relative insouciance sociale des trente glorieuses avaient certainement favorisé une plus grande dévotion pour le patient. « On ne parlait pas des conditions de travail, mais de don de soi¹¹ ». Le manque de solutions techniques confinait souvent le rôle des cliniciens et des soignants à celui d'accompagnement individuel des malades.

Nombreux sont les acteurs hospitaliers d'aujourd'hui, qu'ils soient médecins, infirmières, directeurs ou ouvriers qui expriment la nostalgie de la « vocation hospitalière ». Milieu atypique, l'hôpital était, selon eux, choisi par passion ou hérité de ses parents. Bien que

⁹ cf. annexe 3

¹⁰ European Observatory for Health care systems, *Hospitals in a changing Europe*, 2002

¹¹ Albert Toussaint, CSS à la CGS CHU

l'hôpital ait toujours eu un rôle « social » et une fonction d'employeur dans la cité, le mythe d'un hôpital des vocations persiste.

Un certain désenchantement du monde hospitalier peut expliquer la disparition de cette vocation. Même le cuisinier préparant ses repas dans sa cuisine a dû se plier aux lois de la liaison froide, aux normes sanitaires aussi strictes que nombreuses et à un éloignement du patient directement lié à la multiplication d'intermédiaires techniques et juridiques. L'enthousiasme amateur d'un temps révolu se retrouve plus difficilement dans les exigences du professionnalisme actuel.

La montée de préoccupations de nature plus individuelle, à mesure que le contexte économique se déstabilisait et que la tendance individualiste se développait dans les sociétés occidentales, s'est également opposée à la notion de sacerdoce. L'importance de la rémunération, induite par un rapport à l'argent plus étroit que par le passé, et celle de la judiciarisation du monde du travail – et du monde hospitalier en particulier, illustrée par la recherche des responsabilités jusqu'au niveau des agents, ont conforté l'idée d'un exercice individuel des missions confiées à chacun.

Parallèlement les agents manifestent un désir de « personnalisation de la vie professionnelle¹² », c'est-à-dire d'une meilleure prise en compte, par le gestionnaire hospitalier, des préoccupations personnelles pouvant affecter le rapport au travail.

Relevons enfin que les mouvements de personnel dans les établissements semblent caractérisés par une rotation (ou « turn over ») plus forte que par le passé.

1.1.2.3. Le décroisement de la prise en charge du patient.

Si l'individualisation du rapport au travail ne s'est pas ralentie, l'exigence du travail en commun n'a cessé de se développer. Le cloisonnement du rapport au travail s'est donc tempéré d'un décroisement de la prise en charge du patient. L'amélioration des connaissances médicales et l'affirmation de la nécessité d'une approche globale du patient (soins, prise en charge de la douleur, assistance sociale, etc.), liée à l'alourdissement et la multiplication des pathologies du vieillissement, ont peu à peu rendu la coordination médicale indispensable et avec elle l'adaptation des réponses techniques et administratives à cette nouvelle demande.

¹² Document d'orientation du Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail, CHU de Fort de France, présentation au CHSCT du 30 août 2007, p2.

La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux doit prendre en compte cette évolution et faire en sorte que les moyens mis en œuvre permettent effectivement cette activité pluridisciplinaire autour du malade.

La fermeté du cadre statutaire s'accommode *a priori* assez mal de la souplesse requise par la cohésion des disciplines. Des règles homogènes semblent faciliter la cohésion des équipes (par exemple des aides-soignants de deux services différents), mais des règles propres à chaque corps paraissent au contraire nuire à l'entente entre disciplines (par exemple entre IDE et IBODE) et par suite au caractère global de la prise en charge du patient.

1.1.2.4. La technicité renforce la rareté des compétences.

L'entente entre les équipes devrait permettre de compenser le progressif isolement imposé par la technicité. Il s'agit désormais de faire travailler ensemble des agents maîtrisant une partie toujours plus réduite du processus de soin. L'extrême sophistication des techniques médicales a par exemple conduit des praticiens à se spécialiser sur une technique opératoire. De même les équipements biomédicaux sont d'une telle complexité que leur maniement réclame des compétences spécifiques. Le phénomène est similaire dans les ateliers ou dans les services techniques, où l'accumulation de normes précises rend toujours plus difficile la maîtrise de l'ensemble de la chaîne. Les agents des services administratifs, face à l'alourdissement des procédures, doivent eux aussi atteindre des niveaux de qualification et de spécialisation supérieurs à ceux de leurs prédécesseurs.

Garantir à chaque instant la qualité du service rendu suppose donc de prendre en compte la technicité nouvelle des missions exercées à l'hôpital. De ce point de vue, la fonction publique hospitalière se distingue des deux autres fonctions publiques. L'évolution de l'hôpital, permanente et rapide, ne trouve pas d'équivalent dans les affaires d'Etat ou dans la gestion des collectivités territoriales. Pourtant la définition du cadre de gestion des ressources humaines est relativement proche dans ces trois secteurs. La structuration de la fonction publique en grade et corps, indépendante des missions réellement exercées par les agents – et *a fortiori* de l'évolution de ces missions dans le temps – s'appliquent à l'ensemble des trois fonctions publiques sans distinction.

Enfin, et en conséquence de la spécialisation croissante des missions hospitalières, une pénurie touche certains métiers à l'hôpital. Ce fut le cas pour les IDE mais la situation s'améliore. C'est encore le cas pour les IBODE, pour les IADE, pour les masseurs kinésithérapeutes ou pour les sages-femmes. Les établissements s'efforcent de rester ou de devenir compétitifs pour ces professions avec des outils tel le statut de la fonction publique dont l'attractivité n'est pas la raison d'être.

A ces évolutions s'est ajoutée, depuis le début des années 1990, l'influence croissante du droit communautaire – dont on estime qu'il est à l'origine de plus de deux normes françaises sur trois – sur le droit de la fonction publique.

1.1.3. Le droit communautaire influence fortement l'évolution de la fonction publique française

Depuis la Constitution de 1946, le droit français et le droit international forment un ordre juridique uniforme (conception moniste). L'article 55 de la Constitution de 1958 reconnaît quant à lui aux « traités ou accords régulièrement ratifiés ou approuvés (...) une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie ».

De ce fait, l'évolution de la fonction publique française a été profondément influencée par la transposition des directives du Conseil et du Parlement européens ainsi que par la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE).

Ainsi la loi du 26 juillet 1991 a introduit un article autorisant l'accès des ressortissants communautaires aux corps ne participant pas à l'exercice de la puissance publique (correspondant à plus de 80% des emplois). La loi n° 2005-843 du 26 juillet 2005 portant diverses mesures de transposition du droit communautaire à la fonction publique réforme le régime de 1991 en prenant acte du raisonnement par emploi, et non par corps, que la CJCE utilise depuis 1980. Cette loi, transposant la directive 1999/70/CE¹³ sur le travail à durée déterminée, définit également les contrats à durée déterminée considérés comme successifs et fixe les conditions sous lesquelles ils sont réputés conclus pour une durée indéterminée.

¹³ Directive 1999/70 du Conseil du 28 juin 1999 concernant l'accord-cadre CES, UNICE et CEEP sur le travail à durée déterminée.

Par ailleurs, un décret du 2 mai 2002 définit les conditions d'accès des fonctionnaires d'un autre Etat de l'Union européenne à la fonction publique française par voie de détachement. Il prévoit notamment la mise en place d'une commission chargée, pour les trois fonctions publiques, d'apprécier les services accomplis dans un autre Etat membre que la France pour qu'ils soient pris en compte dans le classement dans un corps ou cadre d'emplois.

Les évolutions rapides du rapport à l'emploi hospitalier et de l'influence du droit communautaire contrastent avec la lente construction statutaire. Cela ne signifie cependant pas que l'essence même du statut de la fonction publique soit inadaptée.

1.2. Pourtant le socle de valeurs portées par le statut de la fonction publique semble toujours d'actualité.

Si la société française a évolué, et avec elle le système hospitalier, l'existence d'une fonction publique s'explique toujours par la protection du service public – en particulier du service public hospitalier – et fait l'objet d'un attachement fort.

1.2.1. Les droits et obligations des fonctionnaires paraissent adaptées aux missions des services publics.

1.2.1.1. « continuité, mutabilité, égalité » : les lois traditionnelles du service public paraissent relativement modernes

Dans les années vingt, un travail de théorisation du service public est mené par les juristes et notamment par le professeur Rolland. Les principes de continuité, de mutabilité, d'égalité et de gratuité sont alors dégagés et considérés comme applicables à l'ensemble des services publics, c'est-à-dire, à l'époque, à toutes activités d'intérêt général assumées ou assurées par des personnes publiques.

Aujourd'hui, nous définirions ce service public comme les activités d'intérêt général garantissant à chacun un égal accès à un service de qualité et à un prix raisonnable. En effet, si le principe de gratuité est rapidement tombé en désuétude, ceux de continuité,

d'égalité et de mutabilité, c'est-à-dire d'adaptation du service, ne se sont jamais démentis ; et leur application à l'activité hospitalière ne fait pas de doute.

Notons enfin que ces principes se sont depuis enrichis de ceux de transparence, de respect de l'utilisateur, voire de performance.

1.2.1.2.L'administration est dotée vis-à-vis de ses agents de pouvoirs exorbitants du droit commun pour assurer sa mission de service public.

La fonction publique telle que nous la connaissons aujourd'hui, uniforme et structurée autour d'un statut général, s'est construite après la seconde guerre mondiale. Pour autant, le souhait de la puissance publique de s'attacher les services d'agents dévoués et compétents est plus ancien, comme le rappelle le Conseil d'Etat :

« Il serait erroné de penser qu'il faille attendre 1946 pour trouver en France les bases juridiques d'une fonction publique dégagée de l'arbitraire et du régime de la faveur [...] Une analyse plus technique de l'évolution de la fonction publique civile montre que, dès la monarchie de juillet, puis plus systématiquement au début de la III^{ème} République, la France s'est préoccupée de se doter d'un régime dans lequel les agents publics sont formés et bénéficient d'un « état » qui les protège contre l'arbitraire du pouvoir politique¹⁴. »

A travers la protection contre « l'arbitraire du pouvoir politique », le pouvoir ne cherche pas à protéger les agents eux-mêmes. La raison d'être de la fonction publique française depuis plus de 150 ans ne réside pas dans une prestation sociale à destination d'une catégorie de personnes, mais au contraire par le souci de protection des intérêts de la puissance publique. La tradition française considère ainsi que l'administration doit pouvoir modifier à tout moment de façon unilatérale la situation des agents dans l'intérêt général.

L'arbitraire et la faveur risquaient de nuire à la qualité des fonctionnaires publics. Le recrutement sur concours vise au contraire à assurer une main-d'œuvre de qualité à la fonction publique. Les fonctionnaires perçoivent un traitement stable et suffisant pour les mettre à l'abri des tentations de corruption et les fidéliser. La perspective de carrière joue le même rôle.

¹⁴ CONSEIL D'ETAT, *Perspectives pour la Fonction publique*, rapport public 2003

Une série de dispositions propres à la fonction publique place également l'administration en position de force par rapport aux agents. Les devoirs d'obéissance hiérarchique, de réserve, de discrétion, l'obligation de non-cumul d'activité et de probité, tous sanctionnés de manière sévère pouvant aller jusqu'à la révocation, témoignent du déséquilibre en faveur de l'administration.

Le fonctionnaire jouit bien sûr de droits spécifiques (protection sociale, droit aux congés, droit à la formation) et de garanties fondamentales (liberté d'opinion, droit syndical, droit de grève), mais leur expression peut être limitée pour protéger le service public. Ainsi la direction conserve toute liberté pour échelonner les congés. De même la liberté d'opinion se heurte à l'obligation de réserve des agents.

De telles dispositions, garantissant des pouvoirs étendus à l'administration, paraissent propre à assurer le bon fonctionnement d'un établissement soucieux du service public, de sa continuité, de son égalité et de sa mutabilité.

Le statut demeure donc d'actualité, tant par les exigences fortes qu'il fait peser sur les agents que par la modernité des principes du service public. Etudions à présent la pertinence du statut applicable aux agents hospitaliers.

1.2.2. Les exigences et les droits spécifiques à la fonction publique hospitalière répondent à des besoins particuliers de l'hôpital.

En raison d'un héritage historique particulier et de spécificités structurelles (diversité des établissements, des métiers, déconcentration de la gestion du personnel, ininteruption du fonctionnement, importance des effectifs de soignants), la fonction publique hospitalière a fait l'objet d'un titre législatif séparé des deux autres fonctions publiques.

L'ensemble des agents au service des établissements publics de santé, nommés dans un emploi permanent et titularisés dans un grade de la hiérarchie des emplois des établissements publics concernés par le statut, à l'exception des médecins, pharmaciens, odontologistes, agents contractuels et vacataires ou des statuts particuliers, sont soumis aux dispositions du titre I et du titre IV du statut de la fonction publique. La spécificité de la fonction publique hospitalières transparaît essentiellement à travers les dispositions statutaires relatives à l'organisation du travail et à la discipline.

Les personnels de la fonction publique hospitalière perçoivent par exemple des rémunérations spécifiques, telles que l'indemnité de sujétion spéciale ou l'indemnité forfaitaire de déplacement, de changement de résidence. Les congés pour jours fériés ou le décompte des congés hebdomadaires reflètent le rythme de travail particulier des personnels des hôpitaux¹⁵. Certains agents, principalement parmi le personnel soignant, sont dits « agents en repos variables » car travaillant au moins dix dimanches ou jours fériés pendant l'année civile. Leur situation, de même que celle des agents travaillant exclusivement de nuit, fait l'objet de traitement particulier dans le statut.

De même, l'article 20 du titre IV du statut de la fonction publique précise les conditions d'astreintes des personnels hospitaliers : « une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, qui n'est pas sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement. La durée de chaque intervention, temps de trajet inclus, est considérée comme temps de travail effectif. »

Par ailleurs le régime disciplinaire applicable aux personnels relevant du titre IV du statut de la fonction publique se caractérise par une sévérité accrue, qui transparaît notamment dans la durée de l'exclusion temporaire du troisième groupe de sanction. La sécurité et la qualité des soins expliquent ce traitement spécifique.

Ces exemples tendent à montrer que les règles statutaires prennent en compte la spécificité de l'activité hospitalière. Au regard des valeurs fondatrices de la fonction publique moderne, reposant sur une grande disponibilité des agents et une flexibilité de leurs conditions de travail, nous pourrions même avancer que la logique statutaire s'accorde bien avec le service public hospitalier. Il semble donc que le statut ait bien « un sens à l'hôpital ».

On relèvera enfin la nature un peu délicate des liens entre les trois fonctions publiques. M. Aubenas explique que la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFF) s'attache à ce qu'aucune des fonctions publiques ne bénéficie de droits exorbitants. Mais en raison de la composition sociologique¹⁶ de chacune des fonctions

¹⁵ Décompte des congés hebdomadaires : « Les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum et d'un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives minimum. / Le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs, dont un dimanche. » - Décret 2002-9 du 4 janvier 2002. En 2006, au CHU, 1230 agents du personnel non médical sur 2681 étaient en repos variable (plus de 10 dimanche et jours fériés par an).

¹⁶ « La Fonction publique hospitalière est une Fonction publique de métiers, surtout de catégorie B avec des qualifications professionnelles précises. La FPT est également une Fonction publique de métiers, mais plutôt de

publiques, des différences importantes existent, en particulier au sujet des primes. Une infirmière diplômée d'Etat (IDE) touche par exemple des primes de sujétions plus importantes qu'une IDE titulaire de la fonction publique d'Etat. Les difficultés des relations entre fonctions publiques, en termes de mobilité notamment, illustrent sans doute plus la particularité de la fonction publique hospitalière que l'inadaptation du statut au monde hospitalier.

Au final, le statut de la fonction publique paraît prendre en compte les particularités des missions des établissements publics de santé. A cette confirmation objective de la pertinence du statut, il est important d'associer sa « justification » subjective, à savoir la place qu'il occupe dans la conception française du service public.

1.2.3.La fonction publique fait l'objet d'un attachement particulier de la population, lié à un modèle français du service public.

1.2.3.1.L'assimilation du service public à la fonction publique.

La fonction publique occupe une place centrale dans la conception française du service public. Cela vaut autant pour les prérogatives régaliennes des personnes publiques que pour leurs missions sociales.

Dans une lettre aux délégués des instituteurs de 1907, Clemenceau écrivait ainsi :
« aucun gouvernement n'acceptera jamais que les agents des services publics soient assimilés aux ouvriers des entreprises privées, parce que cette assimilation n'est ni raisonnable ni légitime »¹⁷.

Pourtant rien n'interdit *a priori* qu'une mission de service public soit confiée à une personne privée ni même à une personne publique dans le cadre de règles extérieures à celle de la fonction publique. La multiplication des Etablissements Publics à caractère Industriel et Commercial (EPIC) depuis une vingtaine d'années en témoigne.

En matière de santé, la loi du 31 juillet 1991 définit le service public hospitalier et énumère les différentes obligations pesant sur les établissements chargés de ce service sans préjuger de leur qualité juridique. De fait, si en France les champs du service public et de la Fonction publique se recoupent largement en matière de santé, tel n'est pas le cas dans d'autres

catégorie C. Enfin, la FPE, plutôt de catégorie A, ne se structure pas vraiment en métiers. » - Louis-René Aubenas

¹⁷ CONSEIL D'ETAT, rapport public 2003, *Perspectives pour la Fonction publique*, p 235-236

pays. Les Etats-Unis ou les Pays-Bas ont choisi de dissocier ces deux concepts en confiant la totalité de l'hospitalisation à des structures de droit privé.

1.2.3.2.L'attachement de la population à la fonction publique ne se dément pas.

L'attachement des Français à leur fonction publique, ou plutôt à leurs fonctions publiques n'est plus à démontrer. L'activité des pouvoirs publics et des établissements publics dépasse le simple exercice et la garantie d'un service de qualité, accessible à tous, à un prix raisonnable et sans discrimination. Elle incarne aux yeux de tous la réalité des valeurs fondatrices de la République, la permanence du pacte républicain. M. Christian Jacob, ministre de la Fonction publique, déclarait ainsi, lors de sa communication en Conseil des ministres de juin 2006 au sujet du projet de loi de modernisation de la fonction publique :

« L'étape de modernisation de la fonction publique, qui s'opérera par voie législative et réglementaire, doit permettre de conforter la place de la Fonction publique au cœur du pacte républicain. [...] Modernisé, le statut des fonctionnaires retrouvera toute sa signification, celle de permettre à l'intérêt général de se déployer par une adhésion aux valeurs qui font la force du service public et aux garanties qui doivent entourer l'exercice par les fonctionnaires de leurs responsabilités¹⁸. »

Cependant les critiques adressées à l'encontre de la fonction publique ne manquent pas. Elles portent en priorité sur la protection excessive dont bénéficieraient les fonctionnaires, stigmatisant par là le manque d'adaptation de la Fonction publique à son environnement. Cette dernière n'aurait pas partagé l'effort de performance et de rénovation imposé par la dégradation de la conjoncture économique depuis la fin des trente glorieuses à l'ensemble du pays¹⁹. La fonction publique aurait ainsi joui de sa position privilégiée auprès des décideurs politiques. Le Conseil d'Etat, dans son rapport public de 2003, poursuit :

« Une [autre] critique est également formulée, celle de corporatisme, tirée de ce que la fonction publique constituerait un monde fonctionnant dans l'intérêt dominant de ses membres et non dans celui du service. Cette critique est peut-être celle qui frappe le plus au coeur de la fonction publique, car le corporatisme

¹⁸ *Service Public*, dossier : « Modernisation de la Fonction publique : un projet de réforme en marche. » 2006/10-12 ; 15-17

¹⁹ CONSEIL D'ETAT, rapport public 2003, Perspectives pour la Fonction publique, p 242

qui met l'intérêt général à la remorque des intérêts particuliers est l'antithèse du service public et de ce pourquoi la fonction publique existe. Or il est souvent dénoncé. Déjà en 1954, avaient été relevées une forme de retour à la « patrimonialité des charges » et la tendance des corps à fonctionner « en champ clos », plus préoccupés de leurs intérêts spécifiques que de celui du service ; et il faut reconnaître que trop souvent l'appartenance à un corps peut primer l'appartenance au service et que l'intérêt du service peut devoir composer avec celui du corps. »²⁰

En dépit de ces reproches sévères et récurrents, les Français font preuve d'une relative clémence à l'égard de leur fonction publique²¹. Dans certains cas, cette protection peut servir au-delà des fonctionnaires eux-mêmes, comme si la protection dont ils bénéficient dépasse le corporatisme dénoncé plus haut. La capacité des agents de la fonction publique à se mobiliser à l'occasion de mouvements sociaux semble permettre aux salariés du secteur privé de protester par procuration²². La fonction publique servirait de rempart du droit social. Elle servirait à tout le moins de refuge contre la flexibilité incarnée par le secteur privé.

Quoi qu'il en soit, la fonction publique hospitalière, loin d'essuyer les reproches adressés aux fonctionnaires en général, s'est érigée en exécutante d'un service public des plus légitimes et des plus reconnus par la population. Le préjugé de poursuite de l'intérêt particulier attaché au secteur privé ne semble pas garantir aux yeux des Français la réalisation irréprochable des missions de service public. Dans leur très grande majorité, les Français souhaiteraient un renforcement de cette fonction publique : en 2006, 90% des personnes interrogées (93% des salariés de la fonction publique) jugeaient le nombre de fonctionnaires dans le secteur hospitalier trop faible. Ils n'étaient que 26% à émettre une telle opinion sur le nombre de fonctionnaires dans la fonction publique d'Etat ou dans la fonction publique territoriale²³.

Le statut de la fonction publique semble donc, par ses principes, adapté aux missions du service public, ainsi qu'à la conception française de ce service public. Il convient à présent d'analyser en quoi il permet à la GRH d'être dynamique.

²⁰ *Ibid.* p 243

²¹ Sondage IPSOS pour la Gazette des Communes et Le Monde, les 17 et 18 février 2006

²² « L'épisode conflictuel du printemps 2003 [...] contient en résumé plusieurs traits récurrents des relations sociales françaises : le primat du politique face à un acteur syndical fragmenté, un refus de désaveu de l'action protestataire de la part de l'opinion publique, une faiblesse de capacité syndicale pénalisante dans le secteur privé. ». JM PERNOT, p 44.

²³ Sondage IPSOS pour la Gazette des Communes et Le Monde, les 17 et 18 février 2006

1.3. Le statut offre les outils d'une gestion dynamique des ressources humaines.

La législation a prévu des outils d'une gestion dynamique. Elle donne aux responsables des ressources humaines des établissements des éléments de souplesse et de recherche de la performance.

1.3.1. Le statut prévoit des éléments de souplesse.

1.3.1.1. Le principe de séparation du grade et de l'emploi tempère le choix d'un système de carrière.

La fonction publique française est une fonction publique dite « de carrière », dans laquelle les agents ont vocation à effectuer un parcours professionnel continu selon des règles d'avancement d'échelon et de grade définies pour chaque corps. Ce modèle a été conçu pour fidéliser les agents de la fonction publique et leur permettre de s'épanouir au sein de leur administration. Il s'oppose à celui de la Fonction publique « d'emploi » selon lequel les agents sont recrutés sur des emplois précis.

L'ensemble des fonctions publiques européennes combine des éléments des deux modèles. La logique d'emploi demeure toutefois moins présente dans la fonction publique française que dans les fonctions publiques allemande, danoise, belge ou espagnole, également dites « de carrière ».²⁴

La fonction publique française se caractérise également par le principe de séparation du grade et de l'emploi²⁵. Si un agent est titularisé sur un grade, il n'est en revanche pas propriétaire de l'emploi qu'il occupe. Une telle distinction permet de garantir une certaine sécurité d'emploi aux agents sans pour autant figer l'organisation des services. Un titulaire de la fonction publique peut en effet occuper l'ensemble des emplois correspondant à son grade. L'administration n'est quant à elle pas tenue de maintenir l'emploi de l'agent. Elle a simplement l'obligation de fournir au titulaire un emploi correspondant à son grade.

²⁴ ENA, PROMOTION AVERROËS, séminaire d'administration comparée, « *La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques* », juillet 1999, p32

²⁵ Art 12 loi du 13 juillet 1983

Ainsi le principe de séparation du grade et de l'emploi tempère le système de carrière. Certes les agents ont la possibilité de poursuivre leur parcours professionnel au sein de la fonction publique, mais leur activité n'a lieu que sur un emploi disponible dans cette fonction publique et sans garantie de maintien dans l'emploi²⁶.

1.3.1.2. La souplesse des positions statutaires.

L'existence de nombreuses positions statutaires rend effective la possibilité de mobilité prévue dans le cadre du système de carrière.

Outre les positions un peu particulières de congé parental (Titre IV, art 64), de congé de présence parentale (loi 2000-1257 du 23 décembre 2000) et d'accomplissement du service national et des activités dans la réserve opérationnelle, le statut de la fonction publique prévoit des positions juridiques dans lesquelles le fonctionnaire peut se trouver au cours de sa carrière, sans préjudice pour celle-ci : la position d'activité, la mise à disposition, la recherche d'affectation, le détachement et la disponibilité.

Toutes les positions statutaires ne garantissent pas le bénéfice des droits à l'avancement et à la retraite (telle la disponibilité). Mais toutes offrent les garanties nécessaires, tant aux agents qu'aux établissements, sur le déroulement des carrières. Elles permettent, au-delà de la seule situation d'activité, de prévoir les diverses modalités d'affectation des ressources humaines répondant aux souhaits des agents ou de l'employeur. En ce sens, les diverses positions statutaires présentent un caractère de souplesse non négligeable.

Le Centre hospitalier de Trinité peut par exemple autoriser le détachement d'un de ses manipulateurs d'électroradiologie pendant la période des congés de juillet-août vers le centre hospitalier du Lamentin afin qu'il assure le fonctionnement de son service de radiologie pendant les vacances. A l'issue de cette période l'agent titulaire réintègre son établissement sans que son avancement ou ses droits à la retraite en aient pâti et sans qu'aucune autre procédure soit nécessaire.

Conscient de l'intérêt de ces positions statutaires pour les agents (qui peuvent renforcer leur expérience et leur polyvalence) et pour les établissements (pour lesquels une telle souplesse est bienvenue), le législateur a élargi l'éventail des positions : la loi 94-43 du 18 janvier 1994, supprimant la condition tenant en l'absence d'emploi budgétaire correspondant à la fonction

²⁶ Nous distinguons le « maintien dans l'emploi », dont nous considérons qu'il n'est pas garanti et le « maintien d'emploi » ou « garantie de l'emploi ». Cf. § 3.1.2.2

à remplir, a multiplié les hypothèses de mobilité du fonctionnaire. La loi 2003-775 du 21 août 2003, permettant la réintégration de plein droit des fonctionnaires dans leurs corps d'origine, au besoin en surnombre, a rendu le détachement moins périlleux pour les agents.²⁷

1.3.1.3. La liberté de recrutement et d'affectation

L'administration dispose, aux termes du statut de la fonction publique, d'une grande marge de manœuvre dans l'affectation de ses personnels, mais aussi dans ses décisions de recruter. La personne publique peut également, dans certaines circonstances, se séparer de ses agents.

L'autorité investie du pouvoir de nomination dispose de marges de manœuvre importantes dans l'affectation des agents en fonction des besoins de l'établissement. Elle est libre de décider la première affectation, mais également les affectations successives au sein du service. Elle a la possibilité de placer ses agents en disponibilité d'office ou encore de muter les agents dans l'intérêt du service.

En dehors des cas de licenciements liés au comportement de l'agent, le statut de la fonction publique hospitalière²⁸ prévoit des modalités de suppression d'emploi. De tels « licenciements économiques » ne concernent pas la gestion quotidienne des établissements. Ils illustrent cependant le souci du législateur de prendre en compte la dimension économique de l'activité des établissements.

La présence de ces outils dans le statut de la Fonction publique modère l'idée de rigidité des textes. Elle illustre la double vocation du statut de la Fonction publique visant à offrir aux agents un certain nombre de garanties tout en laissant aux gestionnaires la possibilité d'ajuster leurs ressources aux besoins. En d'autres termes, aucun article de loi n'oblige les établissements à maintenir en toutes circonstances les agents dans leur emploi ni dans la Fonction publique.

Les libertés de mobilité ou de recrutement devraient permettre d'augmenter les effectifs dans les secteurs exprimant des besoins, de s'adapter dans le temps à des variations d'activité rapides ou encore de choisir ses collaborateurs librement. Autant de conditions

²⁷ CASANOVA G, MOURNAUD J. « Droits et obligations statutaires : quelles évolutions sont jurisprudentielles ? », *Actualités Jurisanté*. 2006/09. N55 ; 10-15.

²⁸ Titre IV, articles 92, 93 et 95

indispensables aux exigences de souplesse posées par les réformes. Par ailleurs, le statut révèle un souci de performance de l'action publique.

1.3.2.Plusieurs règles statutaires révèlent un souci de performance.

Selon le Conseil d'Etat, « deux articles de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 auront nourri la doctrine, la législation et la jurisprudence dans l'élaboration d'un système moderne de fonction publique, de façon d'ailleurs différente au fil du temps »²⁹ : les articles 6 et 15. Le premier met un terme à la vénalité des charges en prévoyant que « tous les citoyens sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics selon leur capacité et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents ». Le second affirme le principe de responsabilité des agents de l'administration : « la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration ».

Si l'article 15 a quelque peu tardé à se traduire à l'hôpital dans les concepts de « qualité » ou de « droit des usagers » (au-delà de la responsabilité civile et pénale des agents, rarement mises en cause), il trouve désormais, aux côtés de l'article 6, sa consécration dans l'exigence de performance médico-économique posée par les réformes.

Plusieurs outils du statut de la Fonction publique se fondent directement sur ces deux articles.

1.3.2.1.La sélection des agents à l'entrée dans la fonction publique.

Le premier indice du souci de performance exigée dans la fonction publique réside dans les méthodes de sélection préalable.

Le concours comme mode d'entrée principal dans la fonction publique doit assurer à l'administration un recrutement de qualité. Des épreuves théoriques et pratiques doivent permettre – souvent après présentation de titres universitaires – de mesurer les compétences des postulants.

Mais l'intégration ne se fait pas automatiquement. Le législateur a souhaité mettre les lauréats des concours à l'épreuve par une mise en stage d'une durée d'un an, les insuffisances des épreuves des concours risquant en effet de ne pas jouer leur rôle de filtre.

²⁹ CONSEIL D'ETAT, *Perspectives pour la Fonction publique*, rapport public 2003, pp 231-232

La longueur de cette période d'essai et la possibilité de réintégrer les agents jugés inaptes dans leur grade d'origine ou de les licencier apparaît plus favorable à l'employeur public que le droit du travail.

1.3.2.2. La mesure et la sanction de la valeur professionnelle des agents.

Le statut prévoit la mesure et la sanction de la valeur professionnelle des agents à travers deux outils principaux : la notation et l'évaluation annuelle de agents.

L'article 17, Titre I du statut de la fonction publique dispose que l'activité des fonctionnaires fait l'objet de notes et d'appréciations générales exprimant leur valeur professionnelle. Le décret du 14 février 1959 précise les conditions générales de notation : note chiffrée, appréciation d'ordre général du chef de service chargé de la notation, indications sommaires données éventuellement par l'intéressé sur les fonctions ou affectations qui lui paraîtraient les plus conformes à ses aptitudes.

Cette notation annuelle influe en principe pour partie sur l'avancement d'échelon (Titre IV, article 67) et à titre exclusif sur l'avancement de grade (titre IV, article 68)³⁰. Elle permet également de moduler la prime de service³¹ et fait varier, par ce biais, la rémunération des agents.

Les entretiens annuels d'évaluation permettent, dans la fonction publique hospitalière, de fixer des objectifs, d'apprécier l'évolution de la valeur professionnelle, et d'entendre les souhaits d'évolution des agents. Ils ne sont pas prévus dans l'ensemble des conventions fixant le cadre de gestion des ressources humaines dans les établissements privés.

Des dispositifs d'évaluation complémentaires peuvent être développés par les établissements :

« Dans le silence du statut, l'administration dispose d'importantes marges de manœuvre pour récompenser cette valeur professionnelle. Le décret de 1959 permet ainsi d'attribuer des réductions d'ancienneté aux agents, qui ne peuvent être inférieures à un mois par an. De même, les procédures de choix pour

³⁰ Depuis les lois du 26 juillet 1991 et du 18 janvier 1994, les statuts particuliers peuvent même prévoir que, dans le cas de l'avancement de grade par voie d'inscription à un tableau annuel après sélection par voie d'examen professionnel, "le jury complète son appréciation résultant des épreuves de l'examen par la consultation du dossier individuel de tous les candidats" (Titre II, art. 58 ; Titre IV, art. 69).

³¹ cf. annexe 5

l'avancement de grade peuvent tout à fait être subordonnées à l'obtention de certains résultats ou à l'accomplissement d'obligations de mobilité ou de formation.³² »

1.3.2.3.La discipline et les possibilités de licenciements.

La mise en œuvre d'outils disciplinaires offerts par le statut vise également à donner aux établissements les moyens de renforcer la qualité de leurs effectifs. Une politique disciplinaire ferme et juste, c'est-à-dire impartiale et adaptée à la faute commise par l'agent, doit inciter à la responsabilisation individuelle des agents. Elle fixe les standards acceptables par l'établissement. Elle traduit des exigences de qualité minimale au niveau de la gestion des ressources humaines. Elle ne présente pas, en soi, la non performance comme un motif de sanction, mais sa philosophie vise à « tirer vers le haut » la qualité des prestations individuelles. Un agent arrivant systématiquement dix minutes en retard commet une faute susceptible d'entraîner une sanction disciplinaire. Mais il nuit également au fonctionnement des services et à la qualité du service de l'utilisateur. Le sanctionner aboutit à faire respecter le règlement intérieur par tous, mais également, de façon indirecte, à réaffirmer l'impératif de performance.

Par ailleurs, la politique disciplinaire se complète du licenciement pour insuffisance professionnelle³³, de sorte que la direction peut mettre en avant le critère de performance pour se séparer d'un agent et éventuellement le faire sortir de la fonction publique. Trois autres modalités de sortie d'office de la fonction publique existent : refus de trois postes successifs proposés à l'agent en vue de sa réintégration – Titre IV, article 62 ; abandon de poste – titre IV, article 88 ; révocation pour faute – titre IV, article 81. En d'autres termes, force est de constater que les gestionnaires disposent de pouvoirs importants sur la carrière des agents.

Le souci de performance est bien présent dans le statut. Mais la gestion statutaire doit également s'articuler avec une approche métiers-compétences.

³² ENA, PROMOTION AVERROËS, séminaire d'administration comparée, « *La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques* », juillet 1999

³³ Titre IV, article 88. Le licenciement pour insuffisance professionnelle est prononcé après observation de la procédure disciplinaire, mais il se fonde sur un ensemble de fait traduisant l'inaptitude du fonctionnaire à exercer ses fonctions. Il n'existe pas dans les autres fonctions publiques.

1.3.3. Les établissements ont, depuis plus de dix ans, l'obligation d'adopter une approche métier pour répondre à leurs besoins.

La souplesse et la recherche de performance offertes par les règles de GRH ne se limitent pas à la capacité pour l'administration de sélectionner ses agents ou de les affecter librement. Elles résident également dans les outils de reconnaissance et d'amélioration de la polyvalence et de la compétence du personnel.

La polyvalence du personnel de l'administration hospitalière a certes pu se renforcer par la diversification des méthodes de recrutement. En plus du mode de recrutement classique du concours, les cas de recrutement sur titre se sont multipliés et l'expérience professionnelle a été prise en compte comme mode d'accès dans la fonction publique³⁴. Mais la politique de formation et la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) ont eu – et auront – un effet plus important en termes d'amélioration des qualifications du personnel.

1.3.3.1. La formation.

Le droit à la formation permanente reconnu aux fonctionnaires, assorti du droit au congé de formation³⁵ constitue un instrument de motivation efficace à la disposition de la direction.

De plus, les obligations de formation prévues par les statuts particuliers³⁶ permettent d'adapter la compétence du personnel, tout en lui offrant les moyens d'une polyvalence accrue. Motivation des uns et réponses aux besoins des autres se marient ainsi harmonieusement.

1.3.3.2. La reconnaissance de l'expérience.

Après l'entrée dans la fonction publique, les agents engrangent de l'expérience tout au long de leur carrière. Ils acquièrent des compétences spécifiques selon l'emploi qu'ils occupent ou ont occupés. Or la reconnaissance des capacités individuelles s'est longtemps bornée à la présentation de diplômes universitaires et à la réussite d'un concours.

³⁴ Loi n°2001-2 du 3 janvier 2001

³⁵ Titre I, article 21

³⁶ Titre I, article 22

Outre la prise en compte plus poussée de l'expérience professionnelle lors du recrutement d'un agent (par exemple par la dispensation d'épreuves pratiques à un concours), les gestionnaires de ressources humaines de la fonction publique peuvent encourager leurs agents à faire reconnaître leurs compétences par le biais de la validation des acquis de l'expérience³⁷ (VAE). Tout agent a la possibilité d'obtenir tout ou partie d'un diplôme ou titre à finalité professionnelle par cette procédure.

Un agent des services hospitaliers ayant développé des compétences d'aide-soignant pourra ainsi prétendre, par le biais de la VAE, au diplôme d'aide-soignant. Il réalise ainsi des désirs d'évolution personnelle et peut répondre à un besoin de l'établissement.

Dans la filière des métiers du soin, les diplômes d'auxiliaire de puériculture, de préparateur en pharmacie, d'IDE et d'IBODE devraient être accessibles par la validation des acquis de l'expérience³⁸.

1.3.3.3. Les espoirs suscités par la démarche métiers-compétences.

La GPEC et l'approche métier associée sont souvent présentées comme les outils de GRH les plus modernes dans la fonction publique, en particulier à l'hôpital. Le saut culturel qu'elles impliquent justifie sans doute les espoirs placés en elles³⁹. Elles tendent en effet à dépasser la gestion formelle et juridique par une prise en considération du travail réellement fourni par les agents et de leurs compétences et par le choix d'une mise en perspective de l'évolution des ressources humaines au niveau de l'établissement.

Les années 1990 ont vu l'édification progressive de la gestion prévisionnelle et des référentiels métiers : la loi du 31 décembre 1990 prévoit la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ; la nomenclature des emplois types, premier référentiel métier dans le secteur hospitalier, est produite en 1991 ; la réforme issue des ordonnances du 24 avril 1996 impose l'intégration dans les contrats d'objectifs et de moyens un volet ressources humaines à forte dimension prévisionnelle. Deux ans plus tard, en 1998,

³⁷ Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002

³⁸ DE FAVERGES H. « 1986-2006 : du statut à la reconnaissance des nouveaux métiers à l'hôpital ? », *Actualité Jurisanté*, 2006/09

³⁹ « Elle représente un enjeu majeur pour la Fonction publique hospitalière, très professionnalisée, d'où l'importance historique du recrutement par concours sur titre dans la Fonction publique hospitalière, que d'autres fonctions publiques sont en train de découvrir. La compétence médicale, soignante, technique, médico-technique, administrative devient un facteur discriminant entre les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, qu'ils soient publics ou privés. L'absence de certaines compétences ou de certains métiers peut même mettre en jeu la survie d'un établissement. » - VERRIER B. « Du statut au métier », *les Cahiers hospitaliers*, 2005/01, N:2008. 21-2

paraît le premier guide méthodologique de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Puis, en 1999, l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES) publie à son tour, dans ses référentiels, des recommandations relatives au contenu des emplois et des postes.

Pour faire face aux évolutions démographiques et assurer à son établissement un recrutement pérenne et adapté à ses besoins à moyen terme, la direction est invitée à évaluer ses besoins à venir, à faire un état des lieux des métiers et des compétences disponibles et à modifier en conséquence sa politique de recrutement ou de ressources humaines d'une façon générale.

L'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF) a récemment publié son « guide pratique des emplois et compétences 2012 » avec la volonté « d'inciter les établissements de santé franciliens à se doter d'outils de gestion prévisionnelle de leurs ressources humaines qu'elles soient médicales, paramédicales, administratives ou techniques⁴⁰». L'ARHIF y réaffirme notamment le rôle stratégique de la GPEC dans la mise en œuvre du projet d'établissement.

Dans un contexte de spécialisation croissante des métiers hospitaliers, une gestion prévisionnelle efficace nécessite une connaissance fine des compétences présentes dans l'établissement. Or les grades et corps de la fonction publique n'en donnent qu'une idée imparfaite. Pour se représenter leurs compétences respectives et pour préciser les besoins de l'établissement plus finement, il faut faire appel à un référentiel.

Ce document a été publié sous le nom de « répertoire des métiers » pour la fonction publique hospitalière par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Il est le produit d'un remarquable travail de recensement, d'harmonisation et de clarification des métiers existant dans les établissements. Mais, confronté à une très grande diversité des situations statutaires locales, il n'a pu que proposer aux gestionnaires des « correspondances statutaires éventuelles ». Il ne constitue donc pas un outil de gestion statutaire, n'est pas opposable juridiquement et n'a aucune vertu validante.

Il présente en revanche toutes les caractéristiques d'un bon support de gestion collective et individuelle des ressources humaines sur lequel les décideurs hospitaliers peuvent s'appuyer. Pour Hélène de Faverges, les avantages de ce répertoire sont nombreux : « Sur

⁴⁰ guide pratique emplois compétences 2012, ARHIF

le plan collectif, il aide à identifier et quantifier les besoins, localiser les besoins de formation y afférant, affiner les outils et supports d'évaluation, et anticiper l'évolution des secteurs névralgiques. Sur le plan individuel, il peut servir de point de départ à un bilan de compétences, puis aider à formaliser un parcours de mobilité en phase avec les besoins de l'établissement.⁴¹ »

Bernard Verrier, alors sous-directeur des professions paramédicales et des personnels hospitaliers à la DHOS, formulait ainsi ses attentes dans l'approche métier⁴² :

« Il me semble que la survie de la fonction publique française dépend de l'équilibre que peut lui apporter une approche métiers. [...] Les pouvoirs publics se sont trop longtemps concentrés sur ce qu'était le fonctionnaire et non sur ce qu'il faisait. Or je suis intimement convaincu que sans l'approche métier, la Fonction publique est en quelque sorte un corps sans tête. »

L'approche métiers-compétences introduit une dimension de reconnaissance propre à motiver les agents et à aider les décideurs. Elle apparaît comme un exemple supplémentaire de souplesse. Elle introduit une démarche alternative de GRH par rapport à l'application du cadre statutaire. Elle pose le métier, c'est-à-dire les tâches réellement réalisées, comme élément principal de gestion individuelle, le statut devenant une boîte à outil au service de cette gestion. Un métier s'accorde ainsi à une variété de positions statutaires possibles.

Au terme de cette première partie, le statut de la fonction publique paraît porter des principes et offrir des outils de gestion tout à fait compatibles avec l'évolution de l'activité hospitalière. L'apparent contraste entre la lente construction statutaire et les évolutions rapides de l'emploi hospitalier et du contexte juridique semble résolu.

Pour autant, si la logique statutaire semble acceptable, cela ne signifie pas nécessairement que le statut lui-même soit compatible dans son application avec les réformes hospitalières. Pour répondre à cette interrogation, il nous faut étudier la pratique même de ces règles statutaires et déceler les éventuelles inadaptations de ces règles.

⁴¹ DE FAVERGES H. « 1986-2006 : du statut à la reconnaissance des nouveaux métiers à l'hôpital ? », *Actualité Jurisante*, 2006/09, N55 ; 5-9

⁴² VERRIER B. « Du statut au métier », *les Cahiers hospitaliers*, 2005/01, N:2008. 21-2.

2. La dérive des pratiques et l'insuffisante adaptation du statut sur certains aspects génèrent une perte d'efficacité de l'action publique.

Les outils d'une GRH dynamique existent. Mais leur application s'est éloignée, depuis l'entrée en vigueur du statut, de l'esprit du texte. Au demeurant les règles de 1986 paraissent devoir être révisées. La combinaison de ces deux facteurs entraîne en effet une perte d'efficacité de l'action publique.

2.1. Les pratiques actuelles divergent des valeurs et des objectifs du statut.

La pratique des éléments statutaires et réglementaires de la GRH par les gestionnaires des établissements témoigne d'une divergence forte d'avec la lettre des textes publiés, tant sur le plan des valeurs que sur la mise en œuvre concrète des différentes dispositions. Cela explique en grande partie pourquoi la gestion des ressources humaines à l'hôpital ne bénéficie pas de moyens propres à assurer son efficacité.

2.1.1. Les caractéristiques de l'administration publique ont longtemps inhibé l'innovation managériale.

L'innovation et l'application pleine de décisions parfois socialement délicates semblent inhibées par trois caractéristiques de l'administration publique : une faible culture du résultat, une grande prudence devant le risque de conflit social et une pesanteur de la réglementation.

2.1.1.1. La faible culture du résultat des décideurs.

Jean-Paul Domin insiste pour sa part dans la dimension sociologique du management par les directeurs. Notons que sous sa plume le mot « fonctionnaire » est peu flatteur :

« Le décalage entre le discours et la réalité est important. Dans les faits, la révolution managériale n'a pas séduit les personnels. Les directeurs d'établissements sont passés d'un statut d'entrepreneurs locaux à celui de fonctionnaire. La création de l'ENSP en 1960 a favorisé une dynamique de groupe qui semble s'être émoussée à partir du début des années 1990. La politique de maîtrise des dépenses a accru le malaise entre le ministère de la

Santé et les personnels de direction. Ces derniers sont restés assez sourds au référentiel managérial. Aujourd'hui, les nouvelles générations semblent avoir accepté la logique de carrière (FX Schweyer, « les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier », revue fr des aff sociales, 2001, vol. LV, n°4, pp 115-121). La greffe des cadres issus de parcours différents arrivera-t-elle à prendre ? La logique de contractualisation interne se substitue progressivement à la légitimité de la fonction et de la mission⁴³ ».

Le reproche est sans doute excessif ; il n'en contient pas moins des éléments de vérité sur l'assimilation de la logique entrepreneuriale. La critique se porte aussi sur d'autres responsables. Philippe Touzy, de la DDRH de l'AP-HP reconnaît, à travers l'illustration de la « sacralisation des diplômés », « le problème d'un encadrement, qui n'est pas trop moderne ».

La faible assimilation de la culture de résultat par l'ensemble des acteurs des ressources humaines a conduit Edouard Couty à modérer son observation :

« On peut souligner [...] que dans le domaine de la santé la « culture du résultat » est pour partie intégrée dans le système et dans les pratiques, des dispositions ont été prises pour cela, mais que d'importants progrès restent à faire essentiellement dans les secteurs de la gestion des ressources humaines (fonction publique notamment) et dans celui de la meilleure maîtrise de l'évolution des coûts de santé⁴⁴. »

2.1.1.2. La crainte du conflit social peut inhiber l'application de certaines dispositions.

Le préjugé d'une fonction publique protectrice de ses agents en toutes circonstances, plus soucieuse du confort de ses personnels que de celui de ses usagers semble avoir guidé les revendications syndicales dans les hôpitaux, tandis que la fonction publique devenait petit à petit un refuge dans un contexte dégradé de l'emploi. Le souhait d'un traitement uniforme des agents apparaît dans le discours des organisations syndicales, au motif que le travail est collectif et par crainte supposée de l'arbitraire. Il explique leur réticence face aux politiques d'intéressement individuel. Pourtant le statut prévoit l'égalité devant les emplois publics, mais

⁴³ DOMIN J-P, « Le Management est-il soluble dans l'organisation hospitalière ? », *Gestions hospitalières*, 2003/11. N :430 ; 670-4

⁴⁴ COUTY E., « La culture du résultat dans la fonction publique est-elle compatible avec les enjeux de la santé ? », *Les Cahiers hospitaliers*. 2006/02, N : 220. 10-12

rejette par nature l'uniformité du traitement. Il fait place à la reconnaissance des mérites individuels et modère le poids de l'ancienneté.

Le dialogue social a parfois consisté à savoir ce qu'il était possible de céder sans sortir du cadre statutaire et sans menacer les grands équilibres budgétaires des établissements. La crainte d'une opposition supposée ou réelle⁴⁵ des organisations syndicales ou du personnel a rendu difficile la mise en œuvre de politiques ambitieuses et différenciées.

La crainte du conflit social se traduit au plan national par le souci de contourner le dialogue social sur des points particulièrement sensibles. Ainsi en 2006, la question de l'augmentation des heures supplémentaires n'a pas été intégrée au protocole d'accord, mais traitée par décret. Elle se manifeste aussi au plan local. Par exemple, à l'AP-HP, une directrice affirme que la formation sert de « soupape » dans le dialogue social.

En conséquence, dans le régime de droits et d'obligations, les droits semblent s'être affirmés plus largement que les obligations, provoquant ainsi la sensation d'un environnement excessivement protégé. Mais les droits des fonctionnaires ne prennent sens qu'en regard de sujétions particulières.

2.1.1.3. La pesanteur du système public freine l'innovation.

Il semble que l'administration ait longtemps accordé beaucoup d'importance à la forme juridique des décisions, parfois au détriment de la nécessaire innovation liée au management des hommes. Cette tendance a pu être suivie d'autant plus facilement que la multiplication des textes, l'instabilité juridique en matière de ressources humaines et la mise en cause de la responsabilité des décideurs ont progressivement fait de l'innovation un acte plein de risques.

« Tous nos interlocuteurs au sommet de l'Etat et en dehors du champ hospitalier nous interpellent. Comment se fait-il que l'hôpital qui a la liberté de s'organiser ne profite pas pleinement de cette opportunité?

Les hospitaliers, malgré le désenchantement présent ont su s'organiser au quotidien quels que soit les défis à relever [...] *A contrario*, innover dans le domaine de l'organisation, relève du défi permanent. L'usage de l'article liberté devient acte de courage, voire esprit d'aventure avec tout ce que cela comporte

⁴⁵ Au CHU de Fort de France, la sensibilité syndicale est réelle, comme en témoignent les statistiques relatives au climat social. *cf.* annexe 4, tableau 9.

en terme de prise de risque dans un système public, lorsque chaque jour les règlements, et les normes tombent sur la tête des hospitaliers⁴⁶. »

Si « l'amendement liberté » (ancien article L6146-8 du CSP) a disparu⁴⁷, la critique de la pesanteur du système public et de l'inhibition qu'il cause chez les managers semble persister. Et l'imposition d'un mode d'organisation, celui de la nouvelle gouvernance (fixant jusqu'au nombre de personnes présentes dans le Conseil exécutif) ne paraît pas de nature à démentir ce constat.

La culture de gestion des ressources humaines à l'hôpital n'a semble-t-il pas mobilisé les concepts de résultat, de souplesse ou d'innovation. Tâchons à présent de voir comment cela s'est traduit dans les établissements.

2.1.2. Les pratiques de l'égalitarisme.

Le constat relatif à « l'égalitarisme » dans la fonction publique n'est pas neuf⁴⁸ ni propre à l'hôpital. Tâchons de décrire comment il peut se manifester dans un établissement.

2.1.2.1. La notation forfaitisée.

La notation, principal vecteur de reconnaissance de la valeur professionnelle, ne joue pas son rôle. La règle la plus largement répandue dans les hôpitaux, et souvent assumée consiste à faire progresser les agents d'un quart de point par année. Au CHU de Fort-de-France, une règle consiste à ralentir cette progression à partir d'une note voisine de 23 afin de ne pas dépasser la note de 25 en fin de carrière. Le maintien ou même le ralentissement de progression de la note d'une année sur l'autre est perçue par les agents comme une sanction.

⁴⁶ DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G., rapport de la Mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale » (projet Hôpital 2007), avril 2003

⁴⁷ Le rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, (déposé le 19 mars 2003 par le député COUANAU) fondait quelques espoirs sur l'amendement « liberté ». « Chaque hôpital devrait pouvoir organiser son activité de soins comme il le souhaite, tant l'organisation d'un CHU diffère de celle d'un hôpital général. C'est ce qu'avait prévu le législateur en adoptant « l'amendement liberté » lors des débats relatifs à la loi du 30 juillet 1991 portant réforme hospitalière, amendement devenu l'article L. 6146-8 du code de la santé publique : « Par dérogation aux dispositions des articles L. 6146-1 à L. 6146-6, le conseil d'administration d'un établissement public de santé peut décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement, dans le respect du projet d'établissement approuvé. »

⁴⁸ « La tendance lourde, régulièrement déplorée, mais constante est de traiter tous les agents de la même façon, quelle que soit leur manière de servir, pour ce qui est de la notation, des rémunérations ou du déroulement de carrière. Cet égalitarisme prend de multiples formes : notations non discriminantes, avancement à l'ancienneté, forfaitisation des primes, refus des mesures impliquant une différenciation selon les emplois occupés, absence de sanctions... » - CONSEIL D'ETAT, *Perspectives pour la fonction publique*, rapport public 2003

Par ailleurs, ainsi que le confie une directrice d'hôpital, il peut être tentant de « surnoter » un mauvais agent, afin de lui constituer un bon dossier et conserver de ce fait la possibilité de le faire changer d'établissement.

2.1.2.2.L'avancement à l'ancienneté.

En matière d'avancement de grade ou de promotion interne d'un corps au corps supérieur, le statut ne reconnaît que le critère de la valeur professionnelle. Les règles d'avancement d'échelon permettent quant à elle de faire intervenir la valeur professionnelle après une première sélection de promovables établie selon le critère de l'ancienneté dans le grade.

Pourtant les organisations syndicales insistent pour que l'ancienneté soit prise en compte dans l'avancement⁴⁹ d'échelon. Si au CHU de Fort de France la Direction du personnel tente de modifier ces pratiques, l'exemple de la réduction d'ancienneté liée à la valeur professionnelle est symptomatique. Non seulement la règle du « tiers des promovables » n'est pas respectée, mais la valeur professionnelle n'est pas réellement prise en compte : les organisations syndicales ont négocié un barème de réduction d'ancienneté fondé sur la note, et donc sur l'ancienneté.

2.1.2.3.L'absence de sanctions.

La discipline entre dans la réflexion sur la modernisation de la GRH dans la mesure où son application juste et ferme contribuerait à développer l'esprit de responsabilité, à réaffirmer l'exigence constante de qualité et à renforcer la crédibilité des gestionnaires aux yeux du personnel.

Le faible recours à l'outil disciplinaire illustre les réticences de l'encadrement et des directeurs à sanctionner⁵⁰. La réunion d'un conseil de discipline suscite en effet chez eux quelques inquiétudes : lourdeur de la procédure, risque d'être débouté par une instance supérieure et décrédibilisé en interne, crainte d'une éventuelle dégradation du climat social... les raisons ne manquent pas :

⁴⁹ « Nous au syndicat on a mis en avant l'ancienneté. La valeur professionnelle est un critère secondaire, qui permet de départager. Mais M. Lahély [DRH du CHU] met en avant la notation et l'évaluation. Aujourd'hui on fait une péréquation entre âge, notation et ancienneté dans le grade. » - Annie Collot.

⁵⁰ La voie disciplinaire ne réglerait toutefois que peu de problèmes. Selon Jean-Louis Balmelle, directeur des services économiques, « 80% des agents sont suffisamment bons pour ne pas être sanctionnés et trop mauvais pour ne pas être performants. »

« Le cadre responsable sait qu'il lui faudra défendre la sanction, si elle dépasse le premier groupe, devant un conseil de discipline : les représentants du personnel auront naturellement tendance à situer la faute individuelle dans le cadre plus global d'une défaillance du service et à dénoncer les insuffisances de la prévention et du contrôle. En outre, la répugnance face à la sanction touche même l'avertissement ou le blâme [...]. Et faute d'avoir utilisé les sanctions les plus modérées, la hiérarchie présente en conseil de discipline, quand la situation n'est plus tolérable, un dossier insuffisamment étayé. Enfin, lorsque la sanction disciplinaire est prise, elle n'a pas toujours de conséquences assez dissuasives sur la carrière de l'agent : la sanction efface la faute⁵¹. »

Les sanctions du premier groupe sont parfois mises en oeuvre. Six personnes ont ainsi été convoquées par le DRH du CHU de Fort de France en 2006 pour « demande d'explication » et une a reçu d'un avertissement. D'une manière générale, la direction hésite de moins en moins à revenir sur des avantages acquis, dans l'intérêt général. Ainsi le nombre de retenues sur salaires pour absence injustifiée s'établissait à 487⁵² en 2006 alors que Maître Jaafar reconnaît que ce type de démarche reste rare dans les hôpitaux. Toutefois le conseil de discipline n'a pas été réuni depuis six ans. Parallèlement certains syndicalistes réclament – timidement – plus de fermeté ou « d'équité »⁵³.

2.1.2.4. La forfaitisation des primes.

La rémunération des agents relevant du titre IV de la fonction publique est composée d'un traitement de base, déterminé par un indice, et de primes. Certaines de ces primes sont liées aux tâches exercées par ces agents, comme l'indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires (IFTS), d'autres sont liées à la performance (c'est le cas de la prime de service⁵⁴).

Or les mécanismes d'attribution de ces primes ne permettent pas de distinguer les agents les plus méritants ou ceux ayant réellement accompli des tâches supplémentaires. Liée à la notation des agents, la prime de service reflète plus la présence au travail des agents que leur valeur professionnelle.

⁵¹ ENA, PROMOTION AVERROËS, séminaire d'administration comparée, « *La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques* », juillet 1999

⁵² Pour un détail de ces retenues, cf. annexe 4, tableau 10.

⁵³ « Les gens ont peur de faire des rapports contre les agents. Je ne peux pas me permettre de demander une politique disciplinaire plus ferme, je demande plus d'équité dans l'hôpital. » - Eliane Espartero

⁵⁴ cf. annexe 5

La part variable de prime annuelle des personnels de direction, par son ampleur, pourrait permettre de motiver les intéressés. Elle n'évolue cependant que dans la limite d'un plafond, et en fonction des primes des années précédentes. Elle peut donc difficilement être utilisée comme un outil discriminant.

Les pratiques de GRH à l'hôpital ont donc laissé une large place à l'égalitarisme. Mais il convient aussi de relever que les moyens consacrés à la GRH ne sont pas suffisants pour la rendre dynamique.

2.1.3. La gestion des ressources humaines ne bénéficie pas de moyens propres à assurer sa pleine efficacité

La stratégie des établissements fait rarement l'objet d'une définition multifonctionnelle, pluridisciplinaire et interactive, mais semble plutôt guidée par un champ spécifique du management hospitalier (principalement les techniques médicales ou les opérations de travaux). Les fonctions « non stratégiques », parmi lesquelles figurent presque toujours la GRH, deviennent des fonctions support, contraintes par la fonction « stratégique ». Elles doivent s'adapter à cette fonction maîtresse, sans pouvoir toujours y parvenir.

Par suite, cela n'incite pas à investir dans les fonctions secondaires. En matière de ressources humaines, ce manque d'investissement se traduit par un relatif manque d'investissement technique et par une insuffisante réflexion stratégique autour de la GRH.

2.1.3.1. Un relatif manque d'investissement technique.

Un relatif manque d'investissement technique dans la gestion des ressources humaines transparaît dans la maîtrise technique parfois insuffisante des règles de GRH et dans la déficience des systèmes d'information.

2.1.3.1.1. La maîtrise technique des règles de gestion des ressources humaines est parfois insuffisante.

La question se pose tout d'abord de l'expérience des gestionnaires en ressources humaines. La formation de nombreux directeurs dans ce domaine n'intervient en effet que « sur le

terrain ». L'exigence d'une grande maîtrise technique s'efface peut-être devant le choix de polyvalence de formation des directeurs.

En outre, le poids du droit coutumier peut parfois l'emporter sur l'interrogation de la lettre et de l'esprit du statut. Or la maîtrise technique des règles statutaires doit non seulement être irréprochable, mais elle doit aussi être systématique. « On s'écarte beaucoup trop du statut : l'Hôpital crée la règle. », avance Robert Virgal, attaché d'administration hospitalière à la DRH du CHU.

A l'issue d'une formation sur le statut de la fonction publique proposée aux agents administratifs de la direction du personnel du CHU de Fort de France en juillet 2007, de nombreux décalages sont apparus entre pratique et réglementation. Maître Jaafar estime par exemple que les positions statutaires sont mises en œuvre avec trop peu de rigueur et de préparation.

2.1.3.1.2. La révélatrice défaillance du système d'information.

Les systèmes d'information souffrent de déficiences⁵⁵. Ils sont souvent âgés, dépassés. Leur ergonomie pourrait être améliorée et quelques limitations paraissent de nature à gêner considérablement le travail de la DRH. Ainsi le DRH du CHU de Fort de France se plaint du manque de dynamisme du système central de GRH actuel (ALIENOR), qu'il juge incapable de fournir des alertes, tandis que des agents relèvent l'imperfection de certaines applications⁵⁶.

Plus inquiétant encore, la sous-utilisation des systèmes actuels traduit une déficience dans le mode de gestion des ressources humaines, en particulier dans le contrôle de gestion et dans la connaissance du personnel. M. Andry, responsable études à la DRH du CHU de Fort de France, tout en estimant que des passerelles entre le système central et des systèmes périphériques (formation, gestion du temps de travail) n'existent pas, reconnaît

⁵⁵ Rapport public annuel 2006 de la Cour des comptes sur les personnels des établissements publics de santé. En réponse, le Ministre de la Fonction publique a tenu à préciser que « la déficience des systèmes d'information dans le domaine de la gestion des ressources humaines n'est pas propre à la gestion des personnels hospitaliers et que s'agissant de la fonction publique de l'Etat le ministère de la fonction publique a entrepris d'ouvrir le chantier de la construction d'un système d'information des ressources humaines interministériels (SIRH), qui suppose au préalable que les départements ministériels aient lancé leurs projets de refonte ou d'enrichissement de leurs systèmes sur les ressources humaines. »

⁵⁶ Mme Saint Aimé retient de son passage à la DP qu'« il fallait faire le contrôle de la paye avant le mandatement (en 2 jours) puis contrôler les états de paie. Les écarts d'un mois à l'autre étaient analysés, corrigés avec d'éventuelles reprises sur salaire. Il y avait beaucoup d'erreurs, dues en partie au système d'info (PH7) ».

que de nombreuses fonctionnalités du système central demeurent inexploitées. Or le système ALIENOR n'a rien de révolutionnaire.

2.1.3.2. La réflexion stratégique des ressources humaines demeure insuffisamment développée.

Le fait que la GRH ne constitue pas une composante à part entière de la stratégie de l'établissement retentit non seulement sur le temps consacré par les gestionnaires à la prospective – encore trop rare, mais aussi sur la nature des décisions de RH, trop orientées vers le court terme et trop peu vers la gestion prévisionnelle.

2.1.3.2.1. Le temps consacré à la prospective et à la réflexion est rare.

En plus des fonctions « traditionnelles » dévolues à un directeur adjoint, le directeur chargé des ressources humaines assume quelques missions aussi chronophages qu'essentielles, comme le dialogue syndical et l'échange avec les agents, individuellement ou collectivement. Le temps disponible pour la réflexion stratégique se réduit rapidement à peu de chagrin si aucune disposition personnelle n'est prise en ce sens.

A l'AP-HP, le siège comprend deux grandes directions des ressources humaines : la Direction du personnel et des relations sociales (DPRS) et la Direction du développement des ressources humaines (DDRH). Cette dichotomie, associée à d'importants moyens, doit permettre la prévision et l'anticipation. Cela n'est sans doute pas possible dans les établissements de taille plus modeste opérant isolément.

Au-delà du manque de temps, la principale difficulté réside cependant dans la perception de la fonction RH. Comme le souligne Jacques Lahély, « les ressources humaines ne sont pas perçues comme une composante de la stratégie (à long terme), mais comme une contrainte opérationnelle (à court terme). L'analyse RH n'aborde pas la stratégie (en amont), elle en limite la mise en œuvre (en aval). »

Ce trait semble partagé par l'ensemble de la fonction publique (et par bon nombre d'entreprises privées) :

« Paradoxalement, alors que l'administration recrute des agents pour plusieurs décennies, son horizon dans la gestion des personnels est à très court terme, le

plus souvent annuel. C'est particulièrement vrai pour ce qui est des effectifs. Ceux-ci constituent un thème si sensible qu'ils font rarement l'objet, par différence avec ce qui existe pour les militaires, d'une approche pluriannuelle ; on peut citer à peine, à titre d'exception, quelques lois de programmation (police, justice...) et quelques expérimentations, en particulier au ministère de l'équipement où, à partir des années 90, une prévision glissante sur trois ans a pu être mise en place. On ne dira jamais assez ce qu'une telle attitude a de paralysant pour les gestionnaires de terrain qui ne disposent d'aucune perspective d'avenir et finissent par agir comme s'ils pouvaient indéfiniment compter sur les mêmes moyens⁵⁷. »

2.1.3.2.2. La gestion des ressources humaines a parfois tendance à se faire « dans l'intérêt de agents »

L'intérêt à long terme de l'établissement et du service public de santé se dilue parfois dans des considérations de court terme, ce qui ne permet pas toujours de faire primer les exigences de l'établissement sur les souhaits des agents.

Les procédures de titularisation ou de renouvellement de contrat ne jouent pas efficacement leur rôle de filtre. Les cas de prolongation probatoire des stages sont ainsi excessivement rares⁵⁸, car elles retardent la perception des primes exceptionnelles et pénalisent la carrière des agents.

De même, la mobilité répond aujourd'hui plus aux attentes des fonctionnaires qu'à ceux de l'administration. Elle ne constitue pas un véritable outil d'adaptation des ressources humaines aux besoins des services. Outre les obstacles statutaires, financiers et budgétaires, les réticences culturelles des agents concernés par la mobilité et des services d'accueil semblent l'emporter sur l'intérêt de l'établissement.

2.1.3.2.3. La GPEC et l'approche métiers-compétences restent perfectibles

La GPEC ne peut aujourd'hui prendre toute sa dimension. Les outils de connaissance fine du personnel, d'informations opérationnelles sur le contenu des emplois et postes

⁵⁷ CONSEIL D'ETAT, *Perspectives pour la fonction publique*, rapport public 2003

⁵⁸ Au CHU de Fort de France, on relève moins de 1% de non titularisation à l'issue du stage et 4 à 5% de prolongations de stage.

qu'occupent leurs agents manquent. Selon Didier Stingre, directeur adjoint à la DRH de l'AP-HM, à Marseille, « les données de base ne sont même pas stabilisées. » Alors que les temps de formation des personnels se caractérisent par leur longueur, l'approche prospective demeure embryonnaire. Cela n'est qu'en partie dû à la difficulté de prévision en matière d'activité et de techniques hospitalières. La non coopération entre établissements dans ces domaines rend par ailleurs impossible la mise en œuvre des éventuelles politiques prévisionnelles, faute d'établissements disposant de masse critique suffisante en personnels et en compétences.

Quant au répertoire des métiers, au lieu de servir à valoriser les compétences accessoires des personnels statutaires et à les faire progresser, il sert à l'hôpital à exprimer son besoin ponctuel et à mieux recruter. Dans ce cas précis, l'intérêt des agents n'est certes pas premier. Mais celui de l'établissement n'est pas non plus pleinement satisfait.

L'AP-HP a tenté, sous l'impulsion de la directrice générale en 2004, de relancer la démarche métiers compétences. Mais certaines évolutions (comme la création d'une filière hôtelière) ont connu des fortunes diverses. Pour Françoise Pivin, « la démarche métier n'est pas encore intégrée dans les pratiques RH. »

L'estimation des besoins et l'adoption de politiques correspondantes ont tendance à se fonder sur l'offre existante, faute d'indicateurs et de prospective. La survie *de facto* du tableau des emplois permanents autorisés (TEPA) en nouvelle gouvernance l'illustre.

Au terme de cette première sous-partie, l'impact de la dérive des pratiques en vigueur dans les établissements apparaît plus nettement. Les remarques formulées par certains observateurs sur la GRH dans la fonction publique paraissent devoir être nuancées pour l'hôpital. Certains éléments retiennent toutefois notre attention :

« Actuellement, dans la plupart des services, la fonction ressources humaines souffre d'une mauvaise image, liée à son assimilation à des fonctions d'intendance et de pure gestion administrative. Elle pâtit en outre fréquemment d'une pénurie de moyens humains, financiers et matériels. Leurs responsables sont rarement préparés, par leur carrière antérieure, à l'exercice de ces missions spécialisées et leur action dans ce domaine ne fait pas l'objet d'une évaluation rigoureuse⁵⁹. »

⁵⁹ ENA, PROMOTION AVERROËS, séminaire d'administration comparée, « *La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques* », juillet 1999

Pour le Conseil d'Etat, ce constat doit guider les actions à mettre en œuvre :

« La première explication qui peut être donnée aux insuffisances de la gestion des ressources humaines de la fonction publique tient aux dérives dans les pratiques de gestion par rapport aux textes. On qualifie quelquefois ces dernières de droit coutumier, pour souligner à la fois leur poids et leur caractère non écrit, et rappeler qu'il devrait être possible de les corriger sans modification des règles statutaires, par un simple retour à ce que l'on appelle « les fondamentaux » du statut, c'est-à-dire la réaffirmation des prérogatives de puissance publique.⁶⁰ »

Cependant il est à noter que les pratiques ne sont pas seules responsables d'imperfections. Certaines règles statutaires occasionnent aujourd'hui des blocages, contredisant en cela les valeurs statutaires initiales et les réformes du plan Hôpital 2007.

2.2. Les règles statutaires occasionnent également des blocages dans certains domaines

Publié il y a plus de vingt ans au Journal Officiel et reprenant largement des dispositions alors vieilles de plusieurs décennies, le statut révèle ses archaïsmes à la lumière des réformes récentes des hôpitaux.

2.2.1. Une rénovation des outils a certes été entreprise.

Cette rénovation réglementaire a essentiellement consisté à actualiser la législation française sur le droit communautaire, à appliquer le protocole d'octobre 2006 et à voter la loi de modernisation de février 2007.

La loi n°2005-843 du 26 juillet 2005, portant diverses mesures de transposition du droit communautaire à la fonction publique actualise la législation française au regard des normes européennes.

La fonction publique avait fait l'objet du protocole d'accord d'avril 2006 dit « protocole Jacob ». Le « protocole Bertrand » d'octobre 2006⁶¹ précise les dispositions applicables à la

⁶⁰ CONSEIL D'ETAT, *Perspectives pour la fonction publique*, rapport public 2003

⁶¹ Protocole d'accord sur le développement du dialogue social, la formation, l'amélioration des conditions de travail, l'action sociale et les statuts des personnels de la fonction publique hospitalière 2006-2009, signé entre le Gouvernement et les organisations syndicales CFDT, FO, CFE-CGC, UNSA, CFTC. octobre 2006

fonction publique hospitalière. Il vise à simplifier l'architecture des filières, notamment celle des catégories C. M. Aubenas, chef du bureau « Politique de ressources humaines et réglementation générale des personnels hospitaliers » à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, admet qu' « il y a eu au départ un travail lourd d'identification ». Mais l'harmonisation des règles d'évolution devrait alléger la charge de travail à plus long terme. « L'évolution se fera de grade à grade, ce qui est moins difficile que de corps à corps⁶². » Ce protocole comporte une partie (III B) intitulée « Seconde partie de carrière des personnels » prévoyant qu'un groupe de travail formule des propositions concernant la mobilité des fonctionnaires « intra et inter établissements puis inter fonction publique »⁶³.

La loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique contient principalement des dispositions sur la « Formation professionnelle des agents publics tout au long de la vie » : validation des acquis de l'expérience, droit individuel à la formation (article 1 à 6), sur les règles de mise à disposition (article 7 à 9), sur les règles de déontologie relatives au passage du secteur public au secteur privé (article 10 à 12), sur les règles de cumuls d'activité (articles 13 à 17). Elle vise donc à améliorer la formation, la mobilité et la probité des agents de la fonction publique pour répondre à des nouvelles tendances. Elle autorise les établissements à expérimenter la suppression de la notation.

En mai et août 2007 ont été publiées au Journal Officiel deux séries de décrets⁶⁴ appliquant le protocole d'accord d'octobre 2006 et précisant les nouveaux grades, échelles indiciaires et conditions d'avancements de plusieurs catégories de personnels hospitaliers.

Plusieurs dispositions législatives ont tenté de moderniser la GRH dans la fonction publique. Mais cette rénovation laisse subsister de nombreux archaïsmes.

2.2.2. La rénovation législative laisse subsister de nombreux archaïsmes.

Cette rénovation législative ne peut donner satisfaction, pour deux raisons principales.

⁶² Linda Chertouia, bureau P2, DHOS

⁶³ Contacté par messagerie électronique le 20 septembre 2007, M. Aubenas précise à ce sujet : « Nous avons malheureusement pris du retard, ce retard s'expliquant par le très grand nombre de textes à prendre. Nous avons néanmoins missionné un conseiller général des établissements de santé pour qu'il réalise un travail d'exploration et de préfiguration de ce que pourrait être une seconde partie de carrière. Ces travaux sont en cours. »

⁶⁴ Décrets du 11 mai 2007 n°2007-826, 2007-835, 2007-837, 2007-839, 2007-841 à 2007-843 ; décrets du 15 mai 2007 n°2007-961 et 2007-964 ; décrets du 3 août 2007 n°2007-1184 à 2007-1196.

D'une part ce protocole, en imposant dans le détail de nombreuses mesures de GRH aux établissements, contredit l'esprit même de responsabilisation et de décentralisation voulu par la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance et de la T2A.

D'autre part, outre le coût important de ces revalorisations statutaires (près de 800 000 euros par an pour le CHU de Fort de France) l'on peut déplorer le manque de profondeur de la réforme⁶⁵. Les rénovations opérées sont d'une ampleur sans commune mesure avec les réformes du plan Hôpital 2007 et ne correspondent pas vraiment à la profonde modernisation permettant au statut, comme le souhaitait le Ministre, de « retrouver toute sa signification⁶⁶ ». Plusieurs archaïsmes dans le domaine du recrutement, de la rémunération et de l'avancement subsistent.

Le recrutement repose par exemple toujours sur le principe du concours. Or ces épreuves ne privilégient pas l'évaluation des aptitudes professionnelles ni l'adéquation du profil des candidats avec les attentes du recruteur hospitalier. Le concours, à l'image de code des marchés publics, vise à assurer l'égal accès de tous à la fonction publique, sur le seul critère du mérite en préservant l'anonymat des candidats. Mais la compétence de chacun n'est pas détachable de l'environnement dans laquelle elle s'exerce. Plutôt que d'anonymat, c'est de personnalisation dont le recrutement a besoin. De plus, le niveau académique des candidats aux concours allant croissant, une frustration toujours plus grande peut naître de la non utilisation de ces ressources chez les agents. Mme Inizan, Directrice Générale Adjointe de la Fondation St Joseph, estime que le concours ne confère aucun avantage au recrutement public.

La rémunération prend insuffisamment en compte la performance du personnel. Les primes, même appliquées avec justesse, ne concernent en général qu'une part résiduelle de la rémunération⁶⁷. La prime pour travaux pénibles et insalubre, si elle reconnaît la pénibilité des tâches demandées, semble d'une portée limitée. En outre il n'est pas possible de

⁶⁵ Certaines dispositions pouvant même apparaître comme marginales, telles que les premières mesures annoncées dans le protocole de 2006 : « réaliser la fusion verticale des sous-groupe 3 et 4 dans la CAP n°2 et ceux de la CAP n°9 », « rendre possible le recours aux enveloppes T (coût d'affranchissement à la charge de l'établissement) pour faciliter le vote par correspondance », etc.

⁶⁶ *Service Public.*, dossier : « Modernisation de la fonction publique : un projet de réforme en marche. » 2006/10-12 ; 15-17

⁶⁷ Au CHUFF, une rapide comparaison des montants de dépenses sur les éléments fixes de rémunération fait apparaître une part approximative de 10% de primes pour le personnel non médical. Cf. annexe 4, tableau 11. Il convient toutefois de distinguer cette remarque selon les catégories de personnels. La prime de technicité peut ainsi correspondre à 40% de la rémunération brute mensuelle de certains agents de la filière technique. Une étude menée par l'INSEE montrait que les primes représentaient 73% de la rémunération brute mensuelle d'un ingénieur des Ponts et Chaussées, 52% pour un inspecteur des finances, 15% pour un inspecteur du travail, 4% pour un assistant social.

récompenser, par exemple, les infirmières s'investissant dans la fonction de « correspondant hygiène » autrement que par une bonne appréciation⁶⁸. De ce fait le statut est contourné, comme l'admet un directeur : « On trouve des artifices pour mieux payer certaines qualifications. On procède à des irrégularités, qui ne sont pas dénoncées car elles arrangent tout le monde. »

Par ailleurs, le système de prime demeure excessivement opaque. Certes, comme l'affirme le Ministre de la santé « la mise en place d'un statut unique pour les personnels de la fonction publique hospitalière a déjà permis de supprimer un grand nombre de primes ou indemnités qui avaient été créées par délibération des conseils d'administration des établissements, et de réintroduire le principe de l'égalité de traitement entre les agents relevant de cette fonction publique⁶⁹ ». De même, le Ministre de l'Economie et des Finances avertit qu'une simplification du régime indemnitaire « doi[t] être proportionnée aux responsabilités des personnels concernés et s'accompagner de la mise en oeuvre de gains de productivité et s'inscrire dans la logique d'une meilleure gouvernance des hôpitaux⁷⁰ ». Mais la profusion des primes (environ une quarantaine pour le personnel hospitalier, selon Derenne & Lamy. Au CHU de Fort de France, on recense plus d'une centaine de « codes paye » ou éléments de paie) ne favorise en l'état actuel ni la transparence ni la motivation des agents.

Les règles d'avancement continuent de poser problème, selon Hélène de Faverges : « Le statut cloisonne les corps, ce qui fige les évolutions individuelles et obère leur valorisation, puisqu'à défaut de passer des examens professionnels ou des concours, les agents méritants finissent par être plafonnés dans leur parcours⁷¹. »

L'approche métier doit permettre de compléter la vision statutaire, nous l'avons dit. Mais l'absence de dispositions statutaires relatives à certains métiers, rares ou nouveaux, engendre des difficultés pour les établissements. Le rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, présenté par le député Couanau en mars 2003 estime que « L'hôpital public a besoin de nouvelles compétences, qui sont mal prises en compte par les statuts actuels. Il a besoin, par exemple, de logisticiens, d'informaticiens de réseaux, de chargés de

⁶⁸ « Il y a une injustice dans les bonifications : je travaille en soins intensifs, ça n'est pas reconnu. Les disciplines évoluent, mais pas leur reconnaissance. » - Eliane Espartero, IDE au CHU de Fort de France

⁶⁹ COUR DES COMPTES, rapport public thématique « *Les personnels des établissements publics de santé* », mai 2006

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ DE FAVERGES H. « 1986-2006 : du statut à la reconnaissance des nouveaux métiers à l'hôpital ? », *Actualité Jurisanté*. 2006/09.

communication interne et externe. Les statuts actuels rendent difficile l'embauche de ces personnels et leur rémunération au taux du marché⁷². »

La Cour des Comptes ajoute que « la gestion des personnels s'exerce dans un cadre excessivement complexe. [...] La diversité actuelle des situations statutaires n'est pas justifiée [...] Une simplification et une rationalisation s'imposent⁷³. »

Le développement du recours aux personnels contractuels trouve en partie son origine dans ces imperfections et contraintes engendrées par le statut de la Fonction publique.

Malgré les évolutions législatives, certains archaïsmes persistent, qui gênent la modernisation de la GRH. En outre, certaines dispositions statutaires entrent en contradiction avec la logique des réformes.

2.2.3. Certains éléments entrent en confrontation directe avec la logique des réformes.

Les rigidités du statut n'ont pas été découvertes récemment. Le Conseil d'Etat rappelle ainsi qu' « en 1954 déjà, on a pu écrire : « *Le cadre juridique où s'inscrit la vie professionnelle des agents a pris une rigidité extrême [...]* » ou encore « *on en est à considérer qu'il n'y a pas de garanties là où les moindres accidents de carrière ne sont pas prévus et les moindres initiatives de l'administration limitées par des textes formels [...]* »⁷⁴ ». Mais aujourd'hui ces rigidités entrent en confrontation directe avec l'exigence de souplesse imposée par les nouvelles réformes. Elles semblent marquées du sceau de l'intemporalité traditionnelle de l'administration publique française et heurter de plein fouet la réactivité des entreprises locales de santé.

Ainsi la fixité de la rémunération indiciaire nationale entre en contradiction avec la loi de l'offre et de la demande au niveau local. Les inégalités en termes de démographie médicale et paramédicale selon les régions sont bien connues. Pourtant il demeure impossible de jouer sur le traitement versé par l'établissement pour attirer ou diminuer les frais de personnel dans des zones bien dotées. De même un même établissement peut en théorie

⁷² COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE, *rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, 19 mars 2003, déposé par le député COUANAU. Pour une estimation des besoins en nouvelles qualification, cf. annexe 4, tableau 7.

⁷³ CASANOVA G, MOURNAUD J. « Droits et obligations statutaires : quelles évolutions sont jurisprudentielles ? », *Actualités Jurisanté*. 2006/09. N55 ; 10-15, p101

⁷⁴ CONSEIL D'ETAT, *Perspectives pour la fonction publique*, rapport public 2003

faire évoluer ses ressources dans le temps selon la variation de ses besoins. Cela paraît difficile en raison de la rigidité de rémunération.

L'application stricte du statut pose des difficultés aux établissements pour s'adjoindre les services d'agents particulièrement méritants dont le talent et l'esprit d'initiative ne sont pas réellement pris en compte dans l'avancement ni dans une rémunération différenciée.

Enfin la longueur des procédures de recrutement engendrée par l'application de la réglementation soulève des difficultés à court terme, peu compatibles avec la réactivité de la gestion d'une entreprise de santé.

Selon M. Aubenas, les établissements ne lui ont « pas fait remonter de grande inadéquation du statut avec les réformes », si ce n'est celui de « l'articulation avec les nouveaux métiers, par exemple les attachés dans les nouvelles directions.⁷⁵ » Cet avis n'est pas partagé par tous : « Ces réformes posent la question de la cohérence du statut, figé dans le béton [...] Et si l'activité baisse ? » s'interroge Philippe Touzy.

Les règles statutaires, nous l'avons vu, causent un certain nombre de blocages. De plus les pratiques actuelles de GRH ne permettent pas de compenser ces freins, au contraire. Il est dès lors légitime de s'interroger sur les conséquences de ces états de fait sur le fonctionnement des établissements ou, d'une manière générale sur l'action publique.

2.3. Le dévoiement des pratiques et l'inadaptation partielle du cadre statutaire engendrent une perte d'efficacité de l'action publique

La perte d'efficacité de l'action publique engendrée par les pratiques et les règles actuelles de GRH impose de profondes transformations. Ces dernières ne semblent cependant pas devoir emprunter le chemin d'un abandon de la logique statutaire.

L'association des pratiques et des règles existantes présente un coût, délicat à chiffrer, mais néanmoins considérable. Dans un environnement de plus en plus concurrentiel et sous l'empire des lois de la performance, ce coût risque de peser lourd sur le fonctionnement, voire sur l'avenir des établissements publics de santé. Il prend déjà quatre formes : celle de la pénurie et du coût budgétaire direct, celle de la baisse de qualité et de motivation des personnels, celle de la défaillance stratégique et enfin celle de l'irrégularité des pratiques.

⁷⁵ COUTY E., « La culture du résultat dans la fonction publique est-elle compatible avec les enjeux de la santé ? », *Les Cahiers hospitaliers*. 2006/02, N : 220. 10-12

2.3.1. la pénurie et le coût budgétaire direct

L'application de la réglementation relative à la gestion publique des ressources humaines peut certes s'avérer financièrement avantageuse pour les établissements. D'après une étude réalisée par l'IGAS⁷⁶, le coût de la rémunération des personnels serait sensiblement inférieur dans les établissements publics par rapport aux établissements privés. Ces écarts peuvent provenir de charges sociales plus élevées (FEHAP, CRF) ou de l'ensemble des salaires nets et charges (FNCLCC, UGECAM). L'étude se fonde sur les minima s'imposant aux chefs d'établissements. Il est très probable que les rémunérations effectivement versées soient supérieures à ces minima dans les établissements non soumis au statut de la fonction publique pour certaines professions rares. En d'autres termes, les écarts annoncés sont probablement inférieurs à la réalité.

Tableau 1 - Ecartés synthétiques de coûts du travail par secteur avec la structure d'emplois de l'hôpital public

| | Ecarts sur le coût global | Ecarts sur le salaire net | Ecarts sur les contributions salariés | Ecarts sur les cotisations employeur |
|--------|------------------------------|------------------------------|---|--|
| FEHAP | 4,05% | - 0,19% | 23,85% | 3,90% |
| FNCLCC | 14,32% | 7,94% | 41,24% | 14,94% |
| UGECAM | 16,05% | 7,11% | 20,16% | 26,93% |
| CRF | 3,25% | -2,28% | 28,44% | 3,25% |

(Personnels médicaux et non médicaux. Calculé par rapport à la structure d'emploi de l'hôpital public, avec un absentéisme de 8%)

Mais des surcoûts supportés par le secteur public, non chiffrés par l'étude, peuvent provenir de ce que, n'étant pas suffisamment attractifs, les hôpitaux publics rencontrent des pénuries dans des catégories de personnels médicaux et, pour ce qui nous intéresse, non médicaux, telles que les IADE, IBODE ou IDE.

Les hôpitaux ont alors recours, s'ils ne se réorganisent pas, à l'embauche de contractuels dits « permanents »⁷⁷, au paiement d'heures supplémentaires, à de l'intérim par des professionnels effectuant des remplacements surpayés.

Dans son rapport public 2006, la Cour des comptes recense par ailleurs d'autres pratiques génératrices de surcoût pour les établissements publics de santé. Elle mentionne l'absentéisme, estimé à 8% par l'IGAS et nettement supérieur à celui des établissements

⁷⁶ IGAS, BARTOLI F., BRAS P-L., *Tarifcation à l'activité et écarts de coût du travail entre les établissements publics et PSPH*, mars 2007

⁷⁷ Sur la question de la maîtrise des effectifs et au recours aux contractuels, se reporter à l'annexe 6.

privés à but lucratif, les défaillances de la gestion disciplinaire qui aboutissent parfois « à maintenir à leur poste et à rémunérer des agents qui auraient dû faire l'objet de sanctions, voire être révoqués », l'attribution de jours ARTT pour des périodes de travail n'ayant pas effectivement été travaillées ou encore les dérives de systèmes opaques de rémunération indemnitaire ou « en nature ».

2.3.2. La baisse de la qualité des prestations et de la motivation des personnels

La perte d'efficacité la plus importante semble cependant liée à la non qualité. La mise en œuvre de règles trop rigides et de pratiques trop égalitaristes peut susciter une certaine démotivation chez les agents. Les effets d'une telle démotivation sur la qualité des soins, le service à l'utilisateur ou encore la qualité de la gestion peuvent devenir préjudiciables aux établissements. Une enquête d'opinion confiée à une société de communication par la MEAH avait ainsi mis en avant la démotivation des personnels et la nécessaire modernisation des modes de fonctionnement qui pourrait y faire face⁷⁸. Les insuffisances de la gestion des carrières peuvent par exemple conduire à des situations d'absence de perspectives et de débouchés et renforcer le climat de frustration.

2.3.3. La défaillance stratégique.

Pratiques et règles inadaptées peuvent entraîner d'importantes conséquences financières. Elles sont également susceptibles de causer certaines défaillances stratégiques, comme la non réalisation de projets indispensables au développement de l'établissement, ou à leur réalisation trop tardive. Par exemple, l'excessive prudence dans l'affectation d'office des agents d'un service de restauration que l'on souhaite fermer dans un autre service peut conduire à maintenir ce service en l'état en dépit de l'insatisfaction quasi générale, causant perte de recettes, non qualité, frustration.

2.3.4. L'irrégularité des pratiques.

Le risque est également grand que ne se mettent en place des systèmes de rémunérations opaques, souvent illégaux et parfois épinglés par les Chambres régionales des comptes, par le juge administratif ou par la Cour de discipline budgétaire et financière⁷⁹.

⁷⁸ DOMIN J-P, « Le Management est-il soluble dans l'organisation hospitalière ? », *Gestions hospitalières*, 2003/11. N :430 ; 670-4

⁷⁹ Par son arrêt du 15 décembre 2006, la Cour de discipline budgétaire et financière condamne un directeur d'hôpital pour la mise en place d'un système de rémunération forfaitaire d'astreintes des médecins. Le directeur avait cherché par là à mieux assurer la permanence des soins. Cet exemple ne vise pas directement le statut de la fonction

D'autres irrégularités sont le fait des agents. Les violations de règles de déontologie, souvent motivées par la recherche de rémunérations complémentaires à l'extérieur de l'établissement peuvent être causées par la nature rigide de la rémunération du fonctionnaire, mais aussi par le manque de dynamisme de la gestion des carrières et la difficulté à fidéliser le personnel⁸⁰.

Il ressort, au terme de cette partie, que l'application des règles statutaires a quelque peu divergé des principes statutaires initiaux et que certaines dispositions prévues par les lois du 13 juillet 1983 et 9 janvier 1986 ainsi que par l'ensemble des statuts particuliers engendrent une perte d'efficacité de l'action publique.

Dès lors se pose la question même du maintien de ce statut, dont les principes restent d'actualité, mais donc l'application ne permet pas de dynamiser la GRH hospitalière.

publique ; il est toutefois révélateur des impasses réglementaires auxquelles sont confrontés les gestionnaires.

⁸⁰ ENA, PROMOTION AVERROËS, séminaire d'administration comparée, « *La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques* », juillet 1999

3. Le statut de la fonction publique devrait être conservé, mais la modernisation de la GRH à l'hôpital devrait s'articuler autour d'une plus grande flexibilité des parcours professionnels, de la valorisation de la performance et d'une prise de conscience du caractère stratégique des ressources humaines.

La FHF, dans sa plate-forme « *l'heure H* »⁸¹ destinée à alimenter le débat présidentiel, avait émis « 65 propositions pour l'avenir du service public hospitalier ». Ses points 41 à 50 portent sur les ressources humaines portent sur une meilleure valorisation des métiers et des compétences et sur une plus grande autonomie de gestion des ressources humaines pour les établissements. Mais il semble que la responsabilité des transformations ne repose pas entièrement sur l'exécutif ou le législateur. Les directeurs et les partenaires sociaux doivent également en être les instigateurs.

3.1. Articuler la logique statutaire avec le contrat individuel

3.1.1. En dépit de réels avantages théoriques, le contrat n'apporterait pas, à lui seul, les réponses attendues.

La tentation du « tout contractuel » réapparaît régulièrement, alimentée par la cohabitation des établissements publics avec leurs homologues de statut privé. Si les avantages sont bien perçus, et parfois exagérés, les inconvénients inhérents à une telle organisation méritent d'être relevés.

Rappelons que les contrats qui se substitueraient au statut pourraient relever du droit public ou du droit privé. Dans le premier cas, le juge administratif serait amené à appliquer les principes consacrés par le statut. Dans le second, le droit du travail prévaudrait, appliqué par les conseils des prud'hommes et le juge civil. La recherche de souplesse, en particulier en termes de recrutement et de ruptures collectives et individuelles des contrats, suppose donc un recours aux contrats de droit privé.

Depuis quelques années, un certain engouement pour le statut d'établissement privé à but non lucratif – et donc à l'utilisation de contrats de droit privé pour la gestion du personnel – émerge. Gérard Vincent, délégué général de la FHF, proposait ainsi en 2003 la

⁸¹ Cf. annexe 9

transformation des hôpitaux en établissements privés à but non lucratif tout en maintenant leurs missions de service public⁸².

Le rapport publié par l'Institut Montaigne intitulé « *le modèle invisible* » décrit l'extension du privé non lucratif comme une réalité dans l'ensemble des pays occidentalisés, semblant conforter par là l'idée d'une nécessité de changement de statut des hôpitaux publics.

Il note ainsi que « la « privatisation » du statut du personnel hospitalier fait partie des tendances lourdes. [...] En Italie, 85 % des agents des administrations publiques se trouvent, depuis plus de dix ans, sous un régime de droit privé. En Allemagne, c'est également le cas des agents autres que ceux participant à « l'exercice de la puissance publique ». En Grande-Bretagne, les agents des collectivités locales relèvent du droit commun du travail. En France, le personnel des hôpitaux publics relève bien sûr d'un statut de fonction publique hospitalière, mais le personnel de l'assurance maladie est salarié de droit privé.⁸³ » Selon l'institut Montaigne « les établissements PNL tirent très bien leur épingle du jeu sur le critère de la nature et du nombre des actes chirurgicaux (KC) pratiqués. Ils réalisent en effet des interventions plus lourdes que les centres hospitaliers publics et, à effectif infirmier constant, produisent plus d'actes que le secteur public. »

L'Institut Montaigne souligne par ailleurs que la réforme du système de santé en Allemagne dans les années 1990 a été l'occasion d'une modification du paysage hospitalier au cours de laquelle le secteur privé à but non lucratif est passé en tête, et le secteur privé lucratif s'est renforcé, tandis que le secteur public se réduisait. Il précise que « les autorités publiques espèrent ainsi diminuer la lourdeur des procédures, instaurer des conventions plus souples que les statuts des fonctionnaires, spécialiser des hôpitaux et accéder aux capitaux privés. Un grand nombre d'hôpitaux publics envisagent des alliances stratégiques et l'externalisation de services dans le cadre de sociétés de type public/privé. ⁸⁴»

Ces éléments ont amené le professeur Guy Vallancien, de l'Institut Mutualiste Montsouris, et corédacteur du projet Hôpital 2007, à se prononcer sans réserve pour le contrat privé :

« L'hôpital privé à but non lucratif représente un double intérêt : le droit privé nous donne de la flexibilité. Nous pouvons recruter et licencier comme une entreprise efficiente se doit de le faire ; nous ne subissons pas le carcan de la

⁸² Interview de G. Vincent pour l'Express du 27 février 2003.

⁸³ INSTITUT MONTAIGNE, SILBER D., *Hôpital, le modèle invisible*, juin 2005

⁸⁴ *Ibid.*

comptabilité du secteur public dont les procédures ralentissent les acquisitions d'équipement et engendrent des coûts supplémentaires. D'autre part, nous sommes « à but non lucratif » ; notre objectif n'est pas de gagner de l'argent pour en gagner, mais pour faire tourner la structure. Nos chirurgiens sont salariés ; il n'y a pas d'honoraires libres. L'avenir est au contrat privé comportant intéressement aux résultats et pour l'individu et pour l'organisation collectivement.⁸⁵ »

Il convient néanmoins de tempérer cet enthousiasme en rappelant que si le recours au contrat de droit privé présente certains avantages théoriques, sa mise en œuvre pratique serait d'un impact objectif limité.

3.1.1.1. De réels avantages théoriques.

Tout d'abord, le secteur privé n'est pas une zone de non droit. Un chef d'établissement privé ne se sépare pas de ses employés à sa guise. Dans toutes ses décisions, il se réfère à des textes juridiques. Dans le domaine disciplinaire, le droit du travail prévaut. Le directeur, sans recours au conseil de discipline, mais après entretien avec l'agent, peut infliger un avertissement, un blâme, ou éventuellement prononcer un licenciement. Le recours au conseil des prud'hommes demeure possible. Pour Claire Inizan, Directrice générale adjointe d'un établissement PSPH, « ce droit là protège aussi bien les salariés ».

Le contrat permettrait de prolonger la dynamique de contractualisation interne au niveau individuel. Les agents seraient plus associés et plus motivés par la fixation conjointe d'objectifs. La précarisation induite par le statut de personnel contractuel produirait, selon certains, une hausse de la motivation des agents (ce qui reste sujet à caution – *cf.* annexe 10).

Le droit du travail présenterait l'avantage d'une meilleure adéquation des ressources aux besoins des établissements par une recherche de poste plus aisée sur le marché du travail. Les conditions de recrutement, en termes de délais ou de critères de sélections seraient rendues nettement plus flexibles. La possibilité d'établir des contrats « à durée déterminée » limiterait aussi l'engagement des établissements dans le temps.

⁸⁵ *Ibid.*

Les contrats et conventions collectives pourraient en outre être facilement renégociées et adaptées au plan local, ce que le statut ne permet pas. Les rémunérations pourraient aussi être adaptées et prendraient en compte les compétences, le profil et la performance des agents. Elles seraient le reflet de l'ajustement de l'offre et de la demande sur un marché pur et parfait.

Enfin un système contractuel enrichirait la négociation sociale, qui serait davantage décentralisée au niveau des établissements.

3.1.1.2. Les limites pratiques du contrat.

3.1.1.2.1. Le poids des pratiques et ses déformations.

L'enthousiasme autour du privé non lucratif doit être modéré. Il n'est pas acquis que l'application du droit commun du travail produise les effets escomptés. Au contraire, compte tenu des modes de gestion actuels et de la perception des ressources humaines dans le cadre du service public, tout porte à croire qu'une bonne partie des effets théoriques du contrat privé ne se manifesteraient pas, ou très peu, dans la réalité.

Les marges de manœuvre créées ne seraient pas nécessairement exploitées. Ainsi, la Directrice générale adjointe d'un établissement privé à but non lucratif met en avant l'absence de concours et la facilité à recruter sur le marché de l'emploi. Mais elle reconnaît qu'aucune évaluation annuelle n'a été mise en place, que l'avancement se fait de façon assez automatique et indépendamment de la performance et qu'aucun système d'intéressement n'est fonctionnel.

3.1.1.2.2. Les coûts et limites de la négociation.

S'il était pleinement exploré, l'espace de négociation ouvert par l'introduction du droit du travail nourrirait certainement le dialogue social. L'équilibre issu de la négociation ne se ferait toutefois pas nécessairement en faveur de la direction. Au plan local, selon le rapport de force entre partenaires sociaux, certains accords pourraient même s'avérer coûteux. Le résultat le plus probable serait cependant la reconduction des anciennes dispositions à travers de nouvelles conventions, comme ce fut le cas en Italie au moment de la « privatisation » des services publics.

L'existence même d'un nouveau jeu de négociations, et donc de nouvelles marges de manœuvre pour la direction ainsi que pour les représentants du personnel présenterait un coût. Négocier – et donc accepter des compromis – implique de consacrer un temps important aux relations sociales et impose d'envisager avec une attention particulière les impacts de toute décision sur le rapport de force. Cela peut conduire, plus souvent qu'à l'heure actuelle, à renoncer à certains projets au nom d'un calcul stratégique relatif à de futures négociations.

3.1.1.3.L'illusion de la simplicité et du renouveau.

La suppression du statut ne signifierait pas nécessairement la simplification de la gestion des ressources humaines. Le cadre juridique du secteur privé, faisant intervenir le code du travail, les conventions collectives et la jurisprudence de la Cour de Cassation, comporte lui aussi ses méandres d'imprécision, de contradiction et d'insatisfaction.

Enfin, comme le rappelle le rapport de l'ENA, « certains outils du droit du travail ne semblent pas adaptés aux spécificités des collectivités publiques. L'exemple du licenciement pour motif économique est éclairant à double titre : d'une part, les administrations peuvent difficilement arguer de difficultés économiques pour se séparer de leurs agents ; d'autre part, elles se trouvent généralement en mesure de satisfaire l'obligation de reclassement.⁸⁶ »

Le contrat privé présente donc d'indéniables avantages théoriques, mais dont la traduction concrète semble incertaine. D'autre part, l'abandon de toute référence à un statut dans la GRH hospitalière constituerait une mesure délicate, qui priverait les établissements d'un outil de gestion intéressant.

3.1.2.II apparaît préférable de conserver un socle statutaire plutôt que de l'abandonner.

Pour Hélène Boyer, en charge des ressources humaines à la FHF, la suppression du statut s'apparente à une « fausse bonne idée ». Il est vrai que les conditions de la suppression du statut ne sont pas réunies et que l'attachement des Français à la Fonction publique demeure fort. Par ailleurs, l'existence même de la logique statutaire et d'une garantie d'emploi relative est source d'avantages non négligeables pour les décideurs. Enfin la Fonction publique attire toujours grâce à des conditions d'emploi favorables.

⁸⁶ ENA, PROMOTION AVERROËS, séminaire d'administration comparée, « *La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques* », juillet 1999

3.1.2.1.A court terme la suppression du statut paraît socialement impossible.

Une éventuelle réforme du statut de la fonction publique hospitalière risquerait de soulever une opposition multiple. La suppression pure et simple de la logique statutaire au profit d'une contractualisation généralisée susciterait un mouvement de rejet radical, qui pourrait faire craindre d'importants mouvements sociaux et une désolidarisation de l'opinion publique à l'égard de la réforme. Cela pourrait faire naître une réticence chez les directions d'établissements à utiliser pleinement les nouveaux outils à leur disposition.

Pour surmonter l'opposition à une réforme de cette ampleur, les exemples étrangers tendent à montrer que deux conditions doivent être réunies. La première consiste en une réflexion préalable sur le rôle et l'efficacité des administrations publiques conduisant à la nécessité du changement. La seconde condition est celle d'un très large consensus autour de l'exigence du changement. Ainsi, en Italie, le constat d'une remise en cause complète du statut avait été partagé par les responsables administratifs, mais également par les agents et les syndicats. Ces deux conditions ne sont pas réunies en France.

Au contraire, l'attachement des Français à la fonction publique ne se dément pas. Selon un sondage de 2006⁸⁷, 82% des Français encourageraient leurs enfants à devenir fonctionnaires (88% des fonctionnaires répondent ainsi) contre 77% (91% des fonctionnaires) en mars 1998. L'attachement personnel à la fonction publique est fort, et en hausse. Il semble que les fonctionnaires eux-mêmes deviennent plus critiques. Et « si c'était à refaire » 42% des salariés du secteur privé souhaiteraient travailler dans le secteur public (fonction publique et entreprise de secteur public), contre seulement 14% de salariés du secteur public qui feraient le chemin inverse. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays⁸⁸, la France ne subit donc pas de phénomène de désaffection de sa fonction publique.

3.1.2.2. La sécurité d'emploi comme outil de motivation.

L'organisation de la fonction publique en corps offre aux agents un cadre de référence stable et les renseigne sur leur perspective de carrière. Or la recherche de stabilité représente une

⁸⁷ Sondage IPSOS pour la Gazette des Communes et Le Monde, les 17 et 18 février 2006

⁸⁸ « la Fonction publique néerlandaise souffre d'une forte désaffection de la part des étudiants des universités, qui a justifié la mise en place du "trainee project" destiné à attirer de jeunes diplômés dans l'administration en leur proposant des contrats à durée déterminée ». - ENA, PROMOTION AVERROËS, séminaire d'administration comparée, « *La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques* », juillet 1999

part importante des préoccupations des individus. Ainsi la hiérarchie des besoins établie par Abraham Maslow⁸⁹ rappelle que les besoins de sécurité sont satisfaits immédiatement après que les besoins physiologiques l'ont été et avant que ne le soient les besoins d'autres ordres.

La garantie d'emploi – au reste pas expressément inscrite dans le statut général – n'est ni un principe absolu donnant droit à l'agent au maintien indéfini dans ses fonctions, ni une exception française puisque la plupart des Etats, même au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis, garantissent une grande stabilité et un déroulement de carrière à leurs agents.

L'idée selon laquelle la garantie d'emploi serait cause de la non motivation des fonctionnaires semble exagérée, voire erronée. En plus des risques d'arbitraires, de licenciements motivés par des divergences personnelles ou d'opinion tels qu'ils peuvent avoir lieu aux Etats-Unis dans le cadre du « *spoil system* »⁹⁰, la suppression de fait de la garantie d'emploi priverait les établissements d'un outil de GRH fondamental pour quatre raisons principales :

- La garantie d'emploi rend les réformes de structure plus acceptables par les agents. Lors de la réorganisation complète de France Télécom en 1990, le personnel a d'autant mieux soutenu la conduite du changement que la garantie d'emploi était préservée.
- La garantie d'emploi telle qu'elle existe dans les établissements publics hospitaliers donne à la gestion prévisionnelle tout son sens. Elle donne à la direction une visibilité à long terme sur son personnel et l'incite à investir dans la formation.
- L'assurance d'un déroulement de carrière des agents facilite le maintien d'une culture du service public. Elle donne aux agents, relativement rassurés sur leur sort, la quiétude d'esprit⁹¹ nécessaire à l'implication dans la vie de l'établissement.
- Enfin, elle peut renforcer l'indépendance d'agents publics dont le souci n'est pas totalement lié à la réussite financière de leur institution. Evoquant la notion « de garantie d'indépendance médicale », Hélène Boyer explique que les établissements

⁸⁹ Abraham Maslow, *Theory of Human Motivation*, 1943.

⁹⁰ Le *spoil system*, fondateur de la Fonction publique américaine, qui a permis à la République de s'adjoindre les services de serviteurs dévoués, a lui-même été tempéré par l'introduction du mérite, premier élément du système de carrière par le Pendleton Act de 1883.

⁹¹ Le questionnaire intitulé « intensification du travail – pénibilité », élaboré par Yves Lafargues, membre du Conseil Scientifique de l'ANACT / expert auprès Comité Economique et social européen) prend en compte la situation statutaire des agents, de l'entreprise, ainsi que le climat social. Ce questionnaire est utilisé par Mme Elana, Ergonome du CHU de Fort de France. Hervé Magott, Directeur des affaires financières du CHU de Fort de France, décrit ainsi sa vision des choses : « un hôpital stable, dans lequel les gens se sentent bien. Le recours à l'emploi précaire doit rester une exception. »

lucratifs réalisent beaucoup plus de césariennes que les hôpitaux car cela « rapporte plus ».

3.1.2.3.L'attractivité de la fonction publique française bénéficie encore à l'hôpital public.

Si la nécessité de demeurer attractif dans un monde en constante évolution se pose à l'ensemble des établissements publics de santé, il convient de rappeler que le salaire n'est pas le seul élément d'attractivité. Philippe Touzy relève que « les IDE reviennent de la Générale de santé. [A l'AP-HP], elles peuvent évoluer, puisque plus de 5% de la masse salariale est consacrée à la formation ». Marie-Thérèse Sacco, pour qui « ça se joue sur des avantages en dehors de la grille elle-même » telle que la législation sur les retraites, admet « qu'au début une IDE a une rémunération plus importante dans le privé », mais elle précise qu'ensuite « le public redevient plus attractif ». Les avantages induits par les conditions de mobilité interne à la fonction publique ne doivent pas non plus être négligés.

L'hôpital doit donc être conscient de l'attrait de la fonction publique et devrait davantage utiliser ces atouts dans sa propre stratégie. La garantie d'emploi, loin de constituer un élément de démotivation doit plutôt être utilisée comme incitation⁹², à condition de ne pas être entendue de façon absolue.

En contrepartie, un engagement de servir pour une durée minimale devrait être exigé à l'entrée dans la fonction publique. C'est déjà le cas pour les directeurs d'hôpital. Cela pourrait, en s'inscrivant dans la philosophie de la logique statutaire, devenir le cas pour l'ensemble des personnels hospitaliers (soignants ou non). Une partie des difficultés liées à la pénurie de certaines catégories de personnel s'en trouverait résolue.

Le maintien de la logique statutaire apparaît ainsi plus intéressant que son abandon. Toutefois il reste à clarifier la part qu'occuperait le statut dans une GRH hospitalière rénovée.

⁹² Certains interlocuteurs tiennent à tempérer l'attrait de la fonction publique : « tant que le libéral n'aura pas fait le plein on ne sera pas attractif. La fonction publique attire les aides-soignants. Mais pour les IDE, c'est différent. Beaucoup préfèrent rester contractuelles. Elles ne veulent pas se stabiliser. » - Albert Toussaint, CSS CHU Fort de France. « la garantie d'emploi n'arrête plus. Les IDE trouvent qu'à l'hôpital il y a trop de pression, trop de lourdeur de management. Dans le privé il y a plus d'autonomie, plus d'argent » - Mme Collot, représentante CGT du Personnel

3.1.3. Articuler le cadre statutaire avec le contrat individuel

Compte tenu des observations formulées précédemment sur les risques et les avantages induits par la contractualisation individuelle, il semble bon de s'orienter vers une forme d'articulation d'un socle statutaire avec le contrat. Yolande Briand⁹³, secrétaire nationale de la fédération santé CFDT, s'estime favorable à cette tendance :

« On peut réfléchir à la possibilité d'articuler le statut de la fonction publique hospitalière avec le contrat. Sans modifier ce statut on peut laisser un espace au niveau local pour un contrat complémentaire. C'est quelque chose qu'il faudrait travailler, mais je ne suis pas sûre que les esprits y soient prêts aujourd'hui, encore que les jeunes ne comprennent pas qu'il faille attendre d'être anciens pour avoir un retour sur investissement. On pourrait imaginer des formes de contreparties à négocier au niveau local dans un cadre fixé au niveau national, mais qui permettent de prendre en compte des situations de travail, des modalités de travail et des exercices particuliers, comme, par exemple, la mobilité. »

Le socle statutaire matérialiserait le sens du service public, de l'intérêt qui s'impose à tous et dépasse la relation contractuelle. Il offrirait un espace de sécurité et limiterait les dérives possibles d'un rapport de force trop déséquilibré.

Le contrat individuel garantirait quant à lui la liberté des personnes tout en renforçant leur responsabilité. Il créerait un engagement réciproque personnel avec l'employeur, liant sans doute davantage l'agent que ne le fait aujourd'hui le service de l'intérêt général. La contractualisation individuelle traduirait également le changement du rapport à l'emploi public. Le terme « administration de mission » s'appliquerait⁹⁴. Il concernerait plus directement les services administratifs ou techniques, mais la logique de responsabilisation vaudrait pour l'ensemble des agents.

Dans ce cadre, la Loi se recentrerait sur la détermination des principes guidant le socle statutaire et encadrerait la contractualisation individuelle.

⁹³ BRIAND Y. « Articuler le statut de la fonction publique hospitalière avec le contrat individuel ? Pourquoi pas ? », *Le Concours Médical*, 2004/11/03 ; V:126, N:32. 1185-7

⁹⁴ « On ne recrute plus les gens sur 30 ans, mais sur des missions. 2-3 ans. On fait le point, on propose une mutation, une évolution. » - Philippe Touzy – « Développer des administrations de mission. Avec une rémunération à la mission. Missions plutôt longues 3 à 5 ans. Pas dans tous les services. Pour l'Etat, cette évolution est facilitée par la LOLF et ses missions. Par ex, certains agents ont pour mission, de recaser 12 000 agents de la Poste et de France Télécom » - Louis-René Aubenas.

Dès lors, l'ensemble des personnels des établissements deviendraient à la fois « sous statut » et « sous contrat ». La souplesse introduite par l'étagage contractuel provoquerait sans doute une diminution de l'attrait actuel exprimé par certains professionnels pour les contrats. Il conviendrait de limiter la multiplicité des situations statutaires en visant, autant que possible, l'universalisation de l'articulation individuelle du socle statutaire et du contrat.

A l'issue de cette première sous-partie, la question de la place du statut semble éclaircie. Mais il reste encore à déterminer ce que pourraient être les principaux changements en termes de RH, tant dans le texte du statut lui-même que dans les pratiques des différents acteurs.

Trois directions mériteraient de guider la rénovation de la GHR hospitalière. Il s'agit tout d'abord de rendre plus flexibles les parcours professionnels, ensuite de valoriser la performance des agents en reconnaissant mieux leurs compétences et leurs résultats et enfin de faire de la GRH une composante à part entière de la stratégie des établissements.

3.2. Rendre les parcours professionnels plus flexibles.

Assouplir les parcours professionnels pour répondre aux exigences de souplesse induites par les réformes pourrait faire l'objet de trois types de mesures : l'assouplissement des conditions de recrutement, le renforcement de la mobilité des personnels, la coopération intensive des établissements en termes de ressources humaines.

3.2.1. Assouplir les conditions de recrutement.

A travers la tentation d'un statut privé, c'est principalement la liberté de recrutement et de rupture du contrat de travail qui est recherchée. Si rien n'est fait, le risque est réel de voir se développer les pratiques de recrutements abusifs de contractuels, pour lesquels la titularisation n'intervient que tardivement.

La sélection fondée sur le mérite des candidats à l'entrée dans la fonction publique ainsi que la transparence des procédures de choix, consubstantielles à l'esprit du concours, devraient être maintenues, voire renforcées. Il conviendrait néanmoins de modérer la suprématie du concours comme mode d'entrée dans la Fonction publique en explorant plusieurs pistes :

- Certaines procédures de concours sur titre, rarement appliquées, pourraient être supprimées. Lorsqu'elles concernent des métiers réglementés, dont les professionnels ont préalablement passé avec succès des diplômes d'Etat, cette procédure n'a pas de raison d'être. De plus, dans l'ensemble des professions, le formalisme (intervention de la DDASS, etc.) et les délais associés réduisent la réactivité des établissements sans effet positif sur la qualité du recrutement.
- Les quotas d'agents externes et d'agents internes aux concours pourraient être remis en cause. Le souhait de diversification du recrutement est parfaitement louable. Mais il conviendrait de rechercher des moyens alternatifs, qui ne feraient pas peser de contrainte aussi forte sur les établissements, et sur les agents (contraints d'attendre l'organisation d'un concours interne pour être titularisés).
- De même qu'en matière de marchés publics les possibilités de négociation se développent, le recrutement mériterait de faire l'objet d'une véritable négociation, *intuitu personae*, entre le recruteur (direction d'établissement) et le candidat. A terme, et compte tenu des observations déjà formulées (cf. § 2.2.2), une disparition totale du concours de recrutement devrait être envisagée. Cependant le concours d'aptitude pourrait subsister (à l'image du concours de directeur d'hôpital, aboutissant à la titularisation dans le grade, mais non au recrutement proprement dit par un établissement).

3.2.2. Se donner les moyens d'une mobilité accrue.

La mobilité est prévue par le statut. Les outils de sa mise en œuvre existent. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) constitue même une obligation pour les établissements. Mais elle ne fait pas toujours l'objet d'un investissement massif de l'ensemble des acteurs. Faute de pratique, elle est parfois perçue comme un accessoire de GRH.

La GPEC doit en premier lieu être considérée comme un pilier de la GRH dans les établissements. Le principe de carrière et la garantie d'emploi la rendent indispensable. La GPEC doit donc être renforcée. Du temps supplémentaire doit lui être consacré. Des moyens doivent également lui être dédiés, à commencer par des systèmes d'information performants permettant une connaissance fine du personnel.

Les budgets consacrés à la formation représentent un volume non négligeable dans les établissements hospitaliers. L'on peut s'interroger sur l'utilisation optimale de ces sommes.

La surveillance très fine des résultats obtenus par les agents en études promotionnelles, par exemple, devrait être poursuivie. La conditionnalité des aides des établissements à ces études ne paraît pas choquante. Ainsi, une direction peut exiger l'engagement de l'agent parti en formation à servir pour l'établissement.

Mais le plus important semble le renversement de la perception de la mobilité⁹⁵. Un changement de service est trop souvent perçu comme une sanction disciplinaire ou comme une mesure destinée à réduire la souffrance de tel ou tel agent dans des situations difficiles. La mobilité volontaire relève encore aujourd'hui de l'aventure, en raison de la méfiance des personnels à son égard d'une part et du peu de soutien des responsables⁹⁶ (service d'origine, service d'accueil, direction d'établissement, établissement d'accueil) dans les diverses démarches d'autre part.

Un engagement fort des directions, partagé par l'encadrement, pour un plan de mobilité incluant des formations sur les outils statutaires, des orientations déterminées en termes de nombre de personnes et de services concernées ainsi qu'une obligation de mobilité assumée seraient bénéfiques aux établissements (le CHU de Fort de France a ainsi fait de la mobilité l'une des conditions d'accès aux procédures de promotion interne). Cela pourrait prendre la forme de « chartes de mobilité ».

La mobilité doit être pleinement considérée comme un outil de renforcement de l'expérience et des compétences des agents. Elle doit également devenir l'instrument de l'ajustement des ressources des établissements à leurs besoins, en interne, mais également en externe (d'un établissement à l'autre, voire d'une Fonction publique à l'autre).

Le législateur semble s'orienter vers le renforcement de cette mobilité⁹⁷. La réflexion sur le sujet a déjà abouti à d'intéressantes propositions telles que la réduction du nombre de corps⁹⁸ et la constitution de grandes filières communes aux fonctions publiques. Un corps des attachés d'administration pourrait ainsi permettre de passer de postes d'AAH à celui

⁹⁵ A l'image de la réaction de M. François Daniel, CSS des Urgences du CHU de Fort de France, au moment de son départ volontaire pour un autre établissement de Martinique : « je m'inscris dans une mobilité professionnelle qui me permet de développer mes compétences à partir d'invariants, de m'enrichir intellectuellement et de mettre en évidence ma réactivité par rapport à un environnement en perpétuelle mutation. Je postule aussi que cette mobilité et ce changement de service constituent les composantes dynamiques de notre société moderne et que leurs incidences au sein de l'institution ne peuvent que contribuer à l'adaptation (adaptabilité) des acteurs à leur environnement. » - courrier électronique du 1^{er} août 2007

⁹⁶ Le CHU de Fort de France avait bien créé en 2004 une « bourse aux permutations », permettant aux agents d'échanger leur poste sur une base volontaire. Seule une vingtaine d'agents avait profité du dispositif. Pour un recensement des agents utilisant actuellement les outils de mobilité au CHU, cf. annexe 4, tableau 8.

⁹⁷ Cf. LOI n° 2007-148 du 2 février 2007 DE MODERNISATION DE LA FONCTION PUBLIQUE et ses dispositions relatives à la VAE.

d'attachés de préfectures ou d'administration territoriale. Les passerelles vont aller en se multipliant.

Dans une fonction publique renouvelée, la garantie d'emploi ne vaudrait plus dans l'établissement recruteur, mais véritablement dans l'ensemble de la fonction publique. Cela permettrait de mieux faire varier les effectifs au plan local, à charge pour un niveau central de reclasser les agents titulaires dont le poste aurait été supprimé (l'une des missions du Centre national de Gestion semble illustrer cette orientation). Modernisée, la Fonction publique comprendrait moins de corps, nous venons de l'évoquer, mais la notion de grade telle qu'elle existe aujourd'hui disparaîtrait : par exemple, un « cadre statutaire infirmier » serait détaillé en échelons liés à l'ancienneté. La spécificité aujourd'hui consacrée par le grade le serait désormais dans la reconnaissance des tâches et des compétences (*cf.* § 3.3.2).

3.2.3. Décloisonner l'hôpital.

La mise en concurrence croissante des établissements publics avec les établissements privés, alliée à l'organisation des soins au niveau régional, doit conduire les différents acteurs publics à s'accorder sur les moyens, à mutualiser leurs forces et gommer leurs faiblesses respectives. L'isolement acceptable dans un système de dotation globale négociée, d'absence de contractualisation interne et de déconnexion de l'activité et des ressources n'a plus sa place sous l'ère naissante, mais bien réelle, de la responsabilisation des acteurs. Seul face à ses problématiques, un établissement doit impérativement se tourner vers ses semblables pour y répondre. Or il a cette chance de partager avec ses homologues publics un mode identique de gestion des ressources humaines : celui du statut de la fonction publique.

Pour faire face aux évolutions démographiques, alléger les dépenses de personnel, trouver les compétences rares, accélérer et simplifier les procédures de recrutement et dynamiser

⁹⁸ « Ce débat a été initié par la publication du rapport public du Conseil d'Etat pour 2003. Celui-ci propose de substituer au foisonnement de corps existant à l'heure actuelle une cinquantaine de vastes cadres statutaires. Pour répondre à ce défi, la réforme des cadres statutaires consisterait à mettre en place une trentaine de grands cadres statutaires, situés à l'intersection de six filières professionnelles (administrative, technique, formation-culture, finances, santé-social, sécurité) et cinq niveaux de responsabilité. Cette structure simplifiée mettrait un terme à l'existence des 900 corps de la Fonction publique de l'Etat et au cloisonnement catégoriel des carrières au sein des corps. La mobilité et l'employabilité seraient facilitées par un cadre juridique et de gestion offrant de larges possibilités d'affectation. » - Aymeric Ramadier, chef du bureau du statut général (FP/3) à la Direction générale de l'Administration et de la Fonction publique (DGAFP), entretien réalisé en août 2005. Source : www.vie-publique.fr. Cette réforme ne manquera pas de soulever la question de l'alignement des rémunérations et l'attribution de moyens importants de formation et d'adaptation au poste.

les parcours de carrière, la coopération de moyens semble prometteuse. Elle ne résoudra bien sûr pas tout à elle seule, mais quelques pistes peuvent d'ores et déjà être étudiées.

Ainsi dans la région Martinique, où les distances demeurent modestes et où l'isolement impose la concertation⁹⁹, la réflexion a déjà débutée. La création d'une antenne régionale de l'ANFH en 2008 devrait ainsi permettre la mise en commun des besoins de formation. D'autres initiatives pourraient être lancées, comme par exemple :

- la réunion régulière de l'ensemble des DRH d'établissements (telle qu'elle s'est mise en place en Martinique depuis le début de l'année 2007), destinées au partage d'expérience et d'information sur les principaux projets, à l'analyse des bilans sociaux, à la réflexion sur l'attractivité¹⁰⁰ des différents établissements et aux moyens pour les établissements publics de s'affirmer face au privé,
- la concertation sur les systèmes d'information, pour faciliter la gestion de la mobilité (le CHU travaille sur le sujet avec le CH du Lamentin et le CH de Trinité, dans le cadre du plan Hôpital 2012),
- l'harmonisation des procédures et des termes des recrutements (logement temporaire, conditions d'accueil, harmonisation des salaires des contractuels),
- la création d'une bourse de l'emploi hospitalier régional ou au niveau des bassins d'emploi,
- la concertation lors de l'élaboration des chartes de mobilité,
- le partage de ressources rares. Ce partage ne doit pas se limiter aux astreintes communes dans quelques disciplines ou à la gestion de situations critiques de pénurie (il devrait inclure des mesures d'aide aux agents éventuellement contraints de se répartir entre plusieurs établissements). Le SNCH propose par exemple de mutualiser les « compétences d'expertise » au niveau d'un GCS de territoire.

La coordination des politiques de ressources humaines entre établissements publics devrait dépasser le cadre de la simple opportunité du moment. Sous certains aspects, elle doit se structurer pour former une sorte d'entente sur un marché concurrentiel. Sans coordination, aucune initiative isolée de réforme, de retour à l'esprit du statut ou de dynamisation de GRH ne paraît possible.

⁹⁹ Cf. annexe 3

¹⁰⁰ Albert Toussaint, CSS à la CGS du CHU de FdF, énumère les actions de la Coordination des soins pour attirer les infirmières : « participation au salon du recrutement à Paris - c'est un vivier, avec un peu de décalage dans le temps -; amélioration de l'encadrement pendant les stage : quand les élèves sont bien encadrés dans les services, ces services n'ont pas de difficulté de recrutement ; intervention de la CGS dans toutes les revues professionnelles pour publier les postes ; accueil personnalisé des nouveaux arrivants ; intervention des IDE et autres dans les forums. »

Ainsi donc, la flexibilité des parcours professionnels, source de motivation et d'enrichissement passerait par des recrutements plus souples, par une mobilité renforcée et par l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur. Mais, entré – ou sorti – plus facilement de l'établissement ou de la fonction publique, les agents devraient être mieux motivés à l'atteinte de résultats et à une augmentation de leurs compétences.

3.3. Valoriser la performance.

Valoriser la performance, c'est à dire reconnaître le mérite et le potentiel de chacun et encourager l'atteinte de résultats, requiert trois types d'actions conjointes. Il s'agit de s'engager sur des objectifs contractuels et individuels avec les agents, de mettre en place un système de rémunération des compétences et des tâches effectuées et enfin de sanctionner la réalisation des objectifs.

3.3.1. S'engager sur des objectifs contractuels

Pour certains, l'entretien annuel d'évaluation préfigure une démarche de contractualisation individuelle. Mais faute d'objectifs quantifiés, déterminés en lien avec un projet de service, l'évaluation proprement dite perd de son sens. Quant à la fixation même des objectifs « personnels » ou « institutionnels », elle pourrait être perfectionnée¹⁰¹. L'apport principal de cet entretien réside dans le recensement des souhaits d'évolution des agents.

La fixation d'objectifs individuels semble pourtant facteur de motivation et d'efficacité de chaque agent au sein des services. Elle pourrait renforcer le sentiment d'appartenance et de considération du travail effectué. Elle donnerait enfin au projet d'établissement une visibilité réelle (rares sont les agents capables de parler de ce projet) et une application concrète et mesurable.

Pour ce faire, plusieurs dispositions doivent être prises conjointement. Les objectifs de l'institution doivent être déclinés au niveau des services et des agents sous forme quantifiée. Ils doivent être réalistes (sous peine de démotiver) et négociés. L'évaluation ne doit pas reposer sur un sentiment, mais sur la mesure d'accomplissement des objectifs. Cette évaluation doit être sanctionnée positivement et éventuellement négativement. L'hôpital peut prendre exemple sur d'autres administrations ; c'est le sens des propos de Robert Virgal,

¹⁰¹ « Quand on me demande mes objectifs, que voulez vous que je réponde ? D'année en année on ressort les mêmes choses. » - Annie Collot, représentante CGT du personnel, CHUFF.

lorsqu'il évoque la fixation des objectifs collectifs et individuels dans l'administration des Impôts : « Le contrat d'objectifs et de moyens (COM) national est décliné au niveau départemental, puis au niveau de chaque centre des Impôts, de chaque service et enfin de chaque agent. Ces COM courent sur trois ans. En contrepartie, le ministère accorde des formations, des équipements et de l'intéressement. »

3.3.2. Rémunérer les compétences et les tâches réellement effectuées.

Les efforts de développement de la démarche métier-compétence, déjà évoqués dans le cadre du renforcement de la mobilité, mériteraient d'être soutenus dans la perspective d'amélioration de la performance et de la motivation des personnels. Pour Aymeric Ramadier¹⁰², le droit communautaire va dans cette direction :

« Le droit communautaire nous invite au fond à redécouvrir les fondements du statut général et, en particulier, la distinction du grade et de l'emploi qui est au cœur de notre fonction publique. La jurisprudence communautaire conduit en effet à revaloriser la notion d'emploi, de poste de travail dans sa réalité concrète, à côté de l'appartenance statutaire à un corps. Procéder à ce rééquilibrage sans remettre en cause le principe de la carrière est une forme de retour aux sources du droit de la fonction publique. »

Les recrutements se font désormais sur un métier, sur la base du répertoire des métiers. Mais le niveau de recrutement statutaire n'est pas déterminé. Il varie nettement d'un établissement à l'autre pour un même métier. S'il ne paraît pas nécessaire d'introduire une rigidité supplémentaire en fixant un grade et indice par métier¹⁰³, une référence nationale de cotation des postes pourrait s'avérer utile (*cf. infra*).

En plus de l'entretien annuel d'évaluation rénové, portant sur des objectifs quantifiés individuels, un bilan de tâches et de compétences individualisé pourrait être mis en œuvre par les services de la DRH – formés à cet effet – à l'attention de l'ensemble des agents. Ce bilan se tiendrait à échéance régulière.

Les conséquences de ce bilan sur les actions de formation se déclinent comme suit : recensement des souhaits des agents, proposition de formations personnalisées selon les

¹⁰² www.service-public.fr

¹⁰³ Selon François Pivin, Richard Barthès souhaitait détacher le répertoire du statut. Mais les organisations syndicales ont insisté pour une correspondance statutaire.

besoins de l'établissement, élaboration du plan de formation et mise en œuvre de démarches de validation des acquis de l'expérience.

La rémunération des agents devrait prendre en compte leurs compétences et la difficulté des tâches effectuées, afin de rétablir une certaine équité face au salaire, et afin d'inciter chacun à développer ses compétences (en dehors de la motivation du concours). Le répertoire des métiers énumère les tâches inhérentes à chaque métier. Il ne comporte pas la traduction, en termes de rémunération, des compétences réelles des agents ni de la difficulté¹⁰⁴ (technicité, niveau de responsabilité, conditions de travail) des missions qui leur incombent de façon individuelle. C'est pourquoi la création d'un étage « tâches-compétences » au sein de la rémunération individuelle nécessiterait, outre le vote d'une loi au Parlement, l'élaboration d'une cotation¹⁰⁵ des postes au plan national et local ainsi qu'un grand investissement des établissements dans ces bilans de tâches et de compétences.

3.3.3. Rémunérer les résultats.

Les procédures de notation, d'évaluation et d'attribution de la prime de service pourraient être revues. La notation peut être supprimée, ou du moins remplacée par une note pivot (Comme cela est le cas dans certains centres hospitaliers ou au Trésor public). L'évaluation devrait mieux faire le bilan des résultats atteints par leur confrontation à des objectifs précis. La prime de service pourrait être plus fortement modulée, ou utilisée dans toute son amplitude (attribution des reliquats de la prime de service, comme dans certains centres hospitaliers).

Il paraît cependant plus profitable de simplifier le système de prime en introduisant une part de la rémunération exclusivement liée aux résultats. Cette part substantielle de la rémunération (relative au niveau de responsabilité des agents), servirait à sanctionner l'atteinte des objectifs fixés individuellement (notons qu'au Ministère de la santé, près d'un tiers des revenus totaux sont versés sous la forme de prime et que les agents suivent, chaque année, une « feuille de route »). « Au plan de l'emploi public cette tendance est notamment inscrite dans la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), qui instaure un

¹⁰⁴ La publication récente (août 2007) d'une liste des « postes difficiles » de Directeur d'hôpital prend cette voie. Toutefois l'absence de critères objectifs de cotation, le peu de lisibilité de cette démarche en limitent la portée.

¹⁰⁵ Cette cotation inclurait une évaluation de la valeur ajoutée de chaque emploi et devrait permettre de positionner les emplois les uns par rapport aux autres. Ce référentiel de cotation devrait être suffisamment précis pour intégrer l'ensemble des métiers et des conditions de travail. Il donnerait une fourchette de rémunération, à charge pour l'établissement et le candidat au poste d'arrêter le montant exact, en tenant compte du besoin local et temporel du service public.

cadre à la responsabilité pécuniaire des fonctionnaires. (art. 37 II 7° de la loi organique n°2001-692 du 1^{er} août 2001, relative aux lois de finances)¹⁰⁶ ».

Un suivi infra annuel des performances de chacun deviendrait nécessaire. Pour Philippe Touzy, il faut « aller vers du *coaching*, de l'accompagnement, il faut faire le point régulièrement. Par exemple, à l'AP-HP les agents se plaignent souvent de ne pas être suivis ; il faut une gestion plus personnalisée, il faut aller plus loin que l'évaluation annuelle. » Réalisé à un niveau de proximité, ce suivi serait l'occasion de repérer les difficultés éventuelles et de réévaluer les moyens nécessaires à l'accomplissement des missions.

Le système de rémunération des fonctionnaires hospitaliers, revu dans un souci de transparence, de justice et d'efficacité comporterait ainsi trois étages :

1. le socle de rémunération indiciaire, lié au « cadre statutaire » et échelon de l'agent (cf. § 3.2.2),
2. l'étage « tâche-compétences », déterminé par référence à la cotation interne ou nationale des postes au regard du bilan de compétences individuel (cf. § 3.3.2), des conditions de travail, ainsi que des besoins de l'établissement,
3. la part variable proportionnelle au niveau de réalisation des objectifs fixés contractuellement. (cf. § 3.3.1)

Ce système aurait le mérite d'être plus transparent, plus équitable, plus lié aux performances et à la difficulté des tâches et aux conditions réelles d'emploi. Il simplifierait considérablement le système de primes.

Enfin, dans le cadre de l'organisation des établissements en pôles d'activité, il conviendrait de mettre en place une politique d'intéressement collectif, récompensant l'atteinte de résultats ainsi que la qualité du travail en équipe. Cet intéressement ne se traduirait pas nécessairement par une rémunération individuelle supplémentaire mais pourrait prendre la forme de l'allocation d'un budget additionnel au service ou par des équipements nouveaux. Il permettrait d'atténuer d'éventuelles dérives centrifuges causées par le contrat individuel.

¹⁰⁶ CASANOVA G, MOURNAUD J. « Droits et obligations statutaires : quelles évolutions sont jurisprudentielles ? », *Actualités Jurisanté*. 2006/09. N55 ; 10-15

De telles réformes ne sauraient être mises en œuvre du jour au lendemain. Mais elles constituent certainement un cap à suivre, tant la reconnaissance individuelle des agents semble attendue et de nature à modifier le rapport à l'emploi dans la fonction publique.

Il serait cependant suspect de parler de « reconnaissance individuelle » en évoquant simplement les thèmes de la rémunération, de la mobilité ou de l'avancement. Il convient aussi de modifier la nature du dialogue social au sein des établissements. Or cela participe, à notre sens, d'une modification de la perception de la GRH.

3.4. Transformer la « contrainte ressources humaines » en axe stratégique d'un établissement.

Longtemps réduite à une fonction de support ou à une contrainte, la gestion des ressources humaines, au-delà de son impact financier, doit être perçue comme une composante à part entière de la stratégie de l'établissement. Pour cela trois chantiers doivent être ouverts dès que possible. Il s'agit de revoir le management des ressources humaines, de rénover et responsabiliser le dialogue social, et enfin d'inscrire la démarche ressources humaines dans le mouvement des réformes.

3.4.1. Revoir le management des ressources humaines.

Philippe El Saïr, président du SNCH, est catégorique :

« La logique statutaire n'est pas remise en cause. Il nous faut du management. L'HAS estime qu'il est difficile de parler de « secteur public » car les établissements ne se ressemblent pas. Le seul critère de distinction entre eux est le suivant : « y a-t-il une logique de management ? ». L'hôpital doit être LA fonction publique managériale. »

Mme Gercé, chargée de mission ressources humaines à l'ARH de Martinique, insiste sur les marges de manœuvres disponibles pour les directeurs :

« Il faut oser. On a tout ce qu'il faut pour agir. Un directeur d'hôpital est quelqu'un qui a un champ d'autonomie qu'il a insuffisamment exploré. [...] L'encadrement supérieur doit être en dynamique sur l'ingénierie de gestion. »

3.4.1.1. Fixer une stratégie et des objectifs pour la GRH.

La gestion des ressources humaines ferait, comme l'ensemble des domaines de l'hôpital, l'objet de contrats d'objectifs déclinés au plan individuel, pour l'ensemble des agents de la direction du personnel. A ce sujet, les axes du projet social 2006-2010¹⁰⁷ du CHU de Fort-de-France semblent à bien des égards aller dans le sens d'une modernisation de la gestion des ressources humaines. Ses orientations, ambitieuses, auraient toutefois mérité une traduction concrète à travers quelques objectifs mesurables. Outre la mesure de la performance des agents, cela permettrait de motiver ces derniers et de mieux communiquer sur la stratégie RH.

Le ministère pourrait par ailleurs établir un recueil des innovations en matière de GRH, une aide méthodologique pour les DRH, une mission d'appui spécialisée en GRH (qui reprendrait certains chantiers de la MEAH). Cela renforcerait la visibilité de la GRH et son attrait.

Enfin, il paraît important de lier le projet d'établissement, le projet social et le projet médical de façon aussi claire et cohérente que possible. Un tel lien dans la conception et dans la communication jouerait un grand rôle dans la réussite des stratégies engagées, notamment en ressources humaines.

3.4.1.2. Remise en cause des pratiques.

La remise en cause des pratiques des gestionnaires au regard de la règle et des objectifs paraît saine. Pourtant la coutume locale, héritage du passé, prend parfois le pas sur l'intérêt général. Au CHU de Fort de France, suite à la formation des gestionnaires de la DP au statut, le directeur des ressources humaines, en phase avec ses cadres, a décidé d'un toilettage du « guide des règles de gestion » datant de 2003. Ce guide renseigne les agents et les gestionnaires sur les règles en vigueur au CHU. A l'occasion de la révision¹⁰⁸ du guide il est apparu que certaines réactualisations s'imposaient, du fait de l'évolution de la législation, que certains avantages indus avaient été accordés à des catégories de personnel ou que plusieurs consignes manquaient de clarté.

¹⁰⁷ cf. annexe 8

¹⁰⁸ Réunions des 16 juillet et 20 septembre 2007.

D'une manière générale, la rigueur et la constance semblent indispensables dans le domaine des ressources humaines. Un sentiment d'injustice peut naître dans l'esprit des agents si la gestion n'est pas irréprochable, tandis que les conséquences financières de quelques dérives d'apparence anodine pourraient se faire sentir.

La mise en place de l'accréditation-certification et de l'évaluation des pratiques professionnelles a déjà permis la remise en question des pratiques de soin ; le changement de pratiques de GRH doit désormais saisir l'opportunité des réformes hospitalières pour se mettre en place, d'autant que plusieurs références du manuel d'accréditation de l'HAS concernent spécifiquement le champ des ressources humaines. Ces références¹⁰⁹ fixent des exigences tout à fait positives et doivent servir de base de départ à la rénovation des pratiques. La référence 44.a (« Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre ») semble particulièrement propice à susciter l'autocritique.

3.4.1.3. Renforcer la connaissance de son personnel.

Il n'est pas envisageable de piloter la gestion des ressources humaines d'une entreprise de plusieurs centaines, voire plusieurs milliers d'agents avec des tableaux de bord approximatifs, peu réactifs et peu ergonomiques.

L'investissement dans les systèmes d'informations dans les hôpitaux constitue une priorité (Le plan Hôpital 2012 en fait un de ses axes et prévoit des financements *ad hoc*). Les ressources humaines doivent évidemment faire partie de ce mouvement de rénovation. Au CHU de Fort de France, la modernisation du système d'information fait l'objet d'une consultation de l'ensemble des directions fonctionnelles par un cabinet extérieur. La direction du personnel souhaiterait se doter d'un système opérationnel, capable d'absorber la gestion administrative, les remplacements, le futur système d'horaires badgés et la GPEC d'ici le premier semestre 2008¹¹⁰.

Il conviendra de veiller à rendre ce système évolutif et à ne pas laisser des fonctionnalités inexploitées. Une fois ce système d'information opérationnel et maîtrisé par ses opérateurs quotidiens (principalement les cadres de soin et les gestionnaires de la direction du

¹⁰⁹ cf. annexe 7

¹¹⁰ « Le système d'information a un rôle fondamental dans la mise en œuvre de la plupart des axes [du projet social]. Les priorités portent sur : 1) le remplacement d'ALIENOR (gestion administrative et statutaire des agents), 2) le système de GPEC (compatible avec le remplacement d'ALIENOR), en lien avec le répertoire des métiers, 3) l'option d'enregistrement automatisé des horaires (avec les terminaux dans les étages), 4) la liaison du logiciel de gestion de la formation à celui de la gestion du personnel, 5) le système de gestion des contractuels de remplacement » - projet social du CHU de FdF 2006-2010, p16.

personnel, ainsi que le directeur lui-même), un contrôle de gestion performant devrait être développé. En d'autres termes, les données récoltées devraient être analysées aussi finement que possible, à une fréquence relativement élevée, afin d'améliorer la qualité du pilotage de la GRH et de la GPEC. Les tableaux de bord synthétiques communiqués aux responsables et cadres de pôle ne suffisent pas à élaborer la stratégie de ressources humaines d'un établissement.

L'amélioration du système d'information aura une incidence directe sur la capacité de l'établissement à optimiser ses ressources (gestion du temps de travail, prévention de l'absentéisme, gestion des temps de remplacement, GPEC, politique de formation, outils d'évaluation et de notation).

3.4.1.4. Veiller au recrutement de gestionnaires de qualité.

Dans le cadre de la professionnalisation de la GRH, le recrutement de responsables RH qualifiés semble indispensable. Le métier de gestionnaire de ressources humaines, et *a fortiori* celui de DRH, ne s'improvisent pas. Ils requièrent une expérience ou une formation spécialisée. Quelques mesures pourraient être prises aux plans local et national :

- Une sensibilisation de l'encadrement de proximité à la GRH devrait être mise en place (qui leur serait plus profitable dans la gestion de leurs équipes que leur rôle actuel de contrôle des plannings).
- Aux postes-clés de la direction des ressources humaines, le niveau de recrutement doit être aussi élevé que possible, la formation continue ne doit pas être négligée et l'appel à de la main d'œuvre extérieure ne doit pas être exclu.
- Parmi les compétences et les objectifs des autres directeurs, la dimension RH devrait trouver la place qui est la sienne. L'implication du directeur dans la GRH ne constitue pas toujours un critère d'évaluation à l'heure actuelle.
- L'obligation du passage par un poste de DRH pour le déroulement de carrière devrait être rendue explicite. Ce passage devrait être davantage valorisé qu'il ne l'est aujourd'hui – par exemple à travers l'étage « tâche – compétences » de la rémunération, de façon à renforcer l'attrait de ces postes.

Le DRH du CHU de Fort de France martèle qu'une bonne gestion des ressources humaines commence par un recrutement exigeant. De même le président de CME exige une meilleure « sélection à l'entrée, parce que l'hôpital est une entreprise d'élite. » Il est donc naturel que

la qualité du recrutement soit effectivement assurée dans l'ensemble des services, comme au sein de la direction des ressources humaines, en faisant en sorte que l'ensemble des dispositions statutaires en ce sens puissent être mises en œuvre le cas échéant : non titularisation, licenciement en cours de stage, licenciement pour insuffisance professionnelle, etc.

En un mot, la révision du management des ressources humaines devrait s'orienter vers la fixation d'objectifs précis, vers une remise en cause des pratiques et vers un renforcement des compétences et des moyens de gestion. L'efficacité alors renforcée du management des ressources humaines ne porterait cependant ses fruits que dans un dialogue syndical et social renouvelé.

3.4.2. La subsidiarité dans la GRH : rénover et responsabiliser le dialogue social.

La rénovation de la gestion des ressources humaines ne peut être le fait d'un acteur isolé. Il est indispensable que le législateur, les DRH hospitaliers, les représentants du personnel et le personnel lui-même partagent une volonté commune. Il est également nécessaire que la gestion des ressources humaines, pour être mieux adaptée au plan local, mieux acceptée par l'ensemble des parties prenantes et aussi réactive que possible, soit empreinte du principe de subsidiarité¹¹¹, c'est à dire d'un rapprochement entre le niveau de prise de décision et le niveau d'effet de cette décision.

La subsidiarité de la GRH pose une quadruple exigence : celle du rééquilibrage de la relation syndicale par une meilleure prise en compte de l'intérêt du patient, d'une communication renforcée, d'une diffusion du concept de nouvelle gouvernance à l'ensemble du personnel et enfin d'une décentralisation aussi large que possible du dialogue social du niveau national au niveau local.

3.4.2.1. La relation syndicale gagnerait à mieux intégrer l'intérêt de l'utilisateur.

La raison d'être du service public, et donc des hôpitaux publics, est le service à l'utilisateur. En dépit de l'affichage de la charte des droits du patient hospitalisé dans l'ensemble des

¹¹¹ L'esprit de ce principe apparaît dans l'Antiquité, mais il a été consacré par le Traité de Maastricht (article 5 TCE) : « [...] Dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, la Communauté n'intervient, conformément au principe de subsidiarité, que si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les États membres et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être mieux réalisés au niveau communautaire. [...] »

services, il ne semble pas que la notion de qualité du service rendu alimente suffisamment le dialogue social. Elle est présente dans les axes d'amélioration des activités de soins, mais elle demeure trop marginale dans les argumentaires¹¹² des uns et des autres.

Le rôle des représentants des usagers dans les instances des établissements ne correspond pas toujours à celui d'aiguillon et devrait être renforcé. La formation et l'objectivité de ces représentants mériteraient d'être améliorée, tant le bénéfice de leur présence vigilante au sein des instances peut s'avérer intéressant.

D'une manière générale, le terme « usager » devrait intégrer pleinement le vocabulaire du dialogue social, quitte à l'utiliser également dans la communication de l'établissement vers l'extérieur.

Cela permettrait de responsabiliser les organisations syndicales et surtout de renforcer le sens de l'action quotidienne de l'ensemble des agents publics (à la fois source d'amélioration personnelle et collective).

3.4.2.2. Communiquer pour renforcer la culture d'établissement.

Un équilibre doit être trouvé entre l'action des gestionnaires, en particulier des directeurs, et de leur réponse à une demande médiatique formulée par une partie du personnel et des organisations syndicales. Il ne s'agit pas de consacrer une trop grande part de son emploi du temps à communiquer, ni bien sûr de court-circuiter la ligne hiérarchique en prenant le risque de délégitimer les cadres de proximité. Il ne s'agit pas non plus de tomber dans un piège de demande croissante au point de se faire imposer sa stratégie de communication. Mais la communication, que l'on souhaitera réciproque, mériterait plus d'investissement.

L'objectif est, à terme, la construction ou le renforcement de la culture¹¹³ de l'établissement, qui peut s'articuler autour de missions spécifiques (par exemple à Fort de France, la coopération internationale), autour d'une histoire mais surtout autour de valeurs (de service

¹¹² A la direction générale des impôts, selon Robert Virgal, « tout est axé sur la relation usager/Fonction publique. Une charte qualité que tout le monde doit connaître est affichée dans les services. » Bernard Cavignaux, DGA du CHU précise : « Il faut impliquer plus les usagers. Aujourd'hui certains comportements à l'hôpital sont perçus comme une relation patron/ouvrier. Or l'usager est un citoyen qui demande un service public. [...] Le problème est qu'on a eu peur des usagers. Ils sont entrés dans le fonctionnement de l'hôpital à l'occasion de crises sanitaires. D'autre part, nos représentants actuels ne sont peut-être pas toujours très pertinents (à Fort de France). »

¹¹³ cf. annexe 11

public) et de projets communs à l'ensemble du personnel, sans exception. Lorsque les relations sociales au sein de l'établissement seraient suffisamment modernisées, une communication sur le thème « Hôpital, entreprise socialement responsable » pourrait même être envisagée.

De nombreux avantages pourraient en être tirés :

- faire partager les orientations¹¹⁴ et les valeurs de l'hôpital
- informer les agents sur leur sort, répondre à des inquiétudes
- rassurer sur l'action de la direction
- désarmer les critiques de dissimulation, voire de manipulation et faire taire des rumeurs
- diversifier les sources d'information de la direction
- éviter de faire des organisations syndicales les détenteurs de l'information circulant des agents vers la direction et de celle allant de la direction vers les agents

Pour cela plusieurs moyens peuvent être mis en œuvre :

- présence des directeurs ou des cadres administratifs dans les services, dans les réunions de pôle
- meilleure maîtrise des relais extérieurs de communication (média)
- création de chaîne de télévision interne
- bulletin d'information mensuel
- organisation d' « événements fédérateurs », de grands rassemblements d'information
- enquêtes internes, etc.

L'aide extérieure d'une société de communication ne doit pas être exclue. La totalité des agents, y compris les personnels contractuels non permanents, doivent pouvoir spontanément citer les orientations de l'établissement et ses valeurs fondatrices. Il s'agit en quelque sorte de « réenchanter l'hôpital¹¹⁵ ».

¹¹⁴ Cela servirait également à rassurer sur les réformes. Au delà du discours revendicatif de cette représentante du personnel transparait un décrochage culturel chez les anciens : « Pour moi, la Fonction publique, c'est l'égalité. Maintenant l'esprit de compétition est imposé par le système, depuis l'école. Les jeunes ne voient pas pourquoi ils devraient attendre. On le voit, les jeunes c'est au mérite et non plus à l'âge et l'ancienneté. Les jeunes ne seront plus d'accord avec les règles actuelles, ils aiment bien la nouvelle gouvernance. Mais le risque d'arbitraire est bien là : être bien vu de ses supérieurs. [...] Intéressement collectif ? oui mais ça produira de la compétition pôle contre pôle, service contre service, une compétition malsaine, une bagarre de chacun pour soi, sachant que les moyens sont limités. » - Mme Collot, représentante CGT du Personnel.

¹¹⁵ Annonce pour une formation parue dans le journal de l'association des directeur d'hôpital, n°10 juillet-août 2007, p3 : « Managers en santé, nous sommes aujourd'hui confrontés à la morosité ambiante. [...] Ethique, culture, cohérence, cohésion et responsabilité seront nos outils pour réenchanter l'établissement de santé. »

3.4.2.3. Diffuser le concept de nouvelle gouvernance.

L'opposition entre acteurs politiques et syndicaux caractérise les relations sociales françaises plus que toutes autres en Europe. Selon Jean-Marie Pernet, « là où, ailleurs, syndicats et patronats ont patiemment travaillé avec les gouvernements voire les parlements, là où les majorités politiques ont tenté d'ancrer la légitimité d'une réforme non seulement par l'association des syndicats mais aussi par la sollicitation de leur opposition politique du moment, il n'y eut rien de tout cela en France : ici, le monarque (républicain) annonce, le gouvernement gouverne et la société obtempère ¹¹⁶».

A l'hôpital aussi chacun campe sur ses positions¹¹⁷, refuse de se découvrir, partant du principe que montrer son jeu signifie s'affaiblir. Tant que le rempart de dissimulation ou d'exagération ne cède pas, rien ne contraint à jouer carte sur table. Ainsi le tableau des emplois permanents autorisés (TEPA) continue d'être invoqué dans les discussions avec les chefs de service ou les syndicats. Le TEPA a cependant cessé d'être opposable juridiquement et pourrait se limiter, en changeant de nom, au rôle de référence interne à la DRH dans le suivi de postes financés par crédits ARH fléchés et de maîtrise d'un noyau d'effectifs.

Le docteur Patrick René-Corail, président de la Commission médicale d'établissement (CME) du CHU de Fort de France, de concert avec le Directeur Général, plaide pour une « ingérence bienveillante » des uns dans les affaires des autres. Il souhaite une plus grande cohésion entre le corps médical et l'équipe de direction. Mais l'hôpital gagnerait aussi à une diffusion du concept de nouvelle gouvernance à l'ensemble du personnel. Le partage d'information et la prise de décision commune, caractéristiques du fonctionnement du Conseil exécutif, devraient essaimer en dehors de ce cénacle et pourraient éventuellement se traduire par une forme de contractualisation entre direction et représentants du personnel.

¹¹⁶ PERNOT J-M, *Les syndicats, lendemains de crise?*, Gallimard, Paris, 2005, p60.

¹¹⁷ « Les directeurs n'ont pas une perception positive du dialogue social. Depuis 25 ans que je suis dans le monde sanitaire, la perception des choses, les représentations n'ont pas évolué. La véritable difficulté (à Marseille) : travailler en dehors des instances. Un dialogue social informel (quoique structuré) est à mettre en œuvre. » - Didier Stingre, DRH de l'AP-HM

Si la perception du dialogue social pouvait évoluer dans le sens d'une confiance mutuelle, (ce qui réclame une véritable révolution culturelle, ainsi qu'un profond changement des relations entre syndicats¹¹⁸), deux effets principaux peuvent être espérés :

- Les organisations syndicales joueraient réellement leur rôle de représentants sans tomber dans la surenchère.
- La direction se fonderait avec plus de confiance sur le relais des OS pour établir sa stratégie et pour la mettre en œuvre.

En un mot, les relations sociales s'éloigneraient progressivement du jeu d'acteurs qu'elles incarnent aujourd'hui et de la méfiance qui leur est propre. Après avoir jugé le dialogue social actuel « ringard », Philippe Touzy remarque avec espoir que « les organisations syndicales ne sont pas réticentes à des choses intéressantes.¹¹⁹ » Là encore, une prise de risque, voire un certain courage, sont nécessaires pour faire le premier pas. Un travail préalable de communication et de préparation semble souhaitable, vital dans les régions marquées par une hypersensibilité syndicale comme la Martinique.

3.4.2.4. Modifier la nature du contrôle interne et externe des établissements

La modification de la nature du contrôle de l'activité des établissements semble nécessaire : au lieu de porter sur la forme ou sur les moyens, il veillerait au respect de principes et à celui de l'atteinte des résultats. Un tel renversement s'inscrit tout à fait dans l'esprit de responsabilisation et d'autonomie des réformes. Il vaudrait non seulement pour la relation entre les établissements et le Ministère, mais aussi au sein des établissements, entre la direction et les pôles (contrôle de l'exécution des contrats de pôle) de même qu'entre les agents et leurs supérieurs hiérarchiques (contrôle de l'exécution du contrat individuel).

Par ailleurs la présidence du Conseil d'administration des établissements par le maire de la commune d'implantation a perdu sa raison d'être et mériterait d'être remis en cause, tant les impératifs de la gestion des établissements peuvent diverger de l'agenda politique des élus. Cette présidence devrait être désignée par le conseil d'administration lui-même.

¹¹⁸ « Le syndicalisme français semble avoir réorienté depuis plus de vingt ans une grande partie de sa force vitale vers son propre affaiblissement. Le processus de désaffection à son égard a été amplifié par cette guerre de tous contre tous à quoi se ramènent trop souvent les relations intersyndicales. Cette singularité est radicale, elle distingue le syndicalisme français de tout autre. » - PERNOT J.-M., *Les syndicats, lendemains de crise?*, Gallimard, Paris, 2005, p16.

¹¹⁹ Par ailleurs, Mme Collot, représentante CGT, se plaint du manque d'association des syndicats : « Si vous demandez à Lahély [DRH du CHU] sur le dialogue social, il vous répond par les chiffres. On informe les syndicats, on ne les associe pas. Nous avons une gestion des RH à l'image de la société : on passe en force. » De même Mme Espartero, représentante CDMT : « La direction a certes toujours été ouverte au dialogue. Mais ça ne suffit pas pour montrer au gens que l'on compte sur eux. »

Un contrôle de l'action décentralisée en aval plutôt qu'en amont préserverait la liberté d'adaptation des acteurs à des évolutions locales fines. Il aboutirait à un allègement des procédures et à l'évitement d'inutiles conflits d'appréciation des enjeux et des moyens nécessaires. Les normes édictées seraient alors plus des cadres que des directives détaillées et les mesures correctives éventuelles traiteraient de l'opportunité et de la qualité des choix de gestion.

Un contrôle plus responsabilisant est donc nécessaire. Il s'agit également de libérer la prise de décision par une décentralisation – partielle – des champs du dialogue social vers les établissements.

3.4.2.5. Décentraliser le dialogue social vers les établissements.

L'excessive centralisation de certains éléments fondamentaux de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique française restreint le dialogue social au sein des établissements aux questions d'effectif, d'organisation du travail et des conditions de travail. Elle incite certes les établissements à imaginer des solutions inédites et à étudier avec d'autant plus d'attention et d'investissement les champs qui leurs sont ouverts.

Toutefois, le fait que des domaines aussi importants que la rémunération, la notation ou les conditions d'avancements (définies dans les moindres détails par la réglementation) échappe au dialogue social local rend stérile des marges de manœuvre importantes de réorganisations et de négociation. Il contribue à cantonner les organisations syndicales dans une posture tribunitienne sans les inciter à s'associer à une démarche prospective et participative globale. Il ne permet pas de prendre en compte les spécificités locales¹²⁰.

Reconnaissons que la fonction publique française prévoit la participation des personnels. L'article 8 de la loi du 13 juillet 1983 dispose que « les organisations syndicales de fonctionnaires ont qualité pour conduire au niveau national avec le gouvernement les négociations préalables à la détermination de l'évolution des rémunérations et pour débattre avec les autorités chargées de la gestion, aux différents niveaux, des questions relatives aux conditions et à l'organisation du travail ». Reconnaissons aussi que l'existence d'un cadre statutaire localement indiscutable facilite à première vue le discours des DRH : « j'applique la

¹²⁰ « Dans le privé, il y a des renégociations de la valeur du point, au delà de la convention collective. Je suis partisan de l'assouplissement du statut pour une prise en compte des besoins locaux. » - Félix Catherine, ancien représentant CDMT du Personnel.

réglementation ». Elle a par ailleurs le mérite de tenter d'éviter de trop grandes dérives induites par un rapport de force parfois déséquilibré.

Il convient cependant de s'interroger sur l'uniformité des règles de gestion dans l'ensemble des établissements, et cela pour au moins trois raisons :

- Les personnels et leurs représentants ne perçoivent pas nécessairement cette règle comme une protection de leurs intérêts. Ils en viennent parfois à en demander des aménagements.
- Les responsables hospitaliers publics pourraient pleinement faire usage de leur capacité de proposition et de conviction dans un dialogue rénové. La négociation permettrait d'adapter certaines dispositions au contexte local (sous réserve des remarques formulées au § 3.1.1.2.2).
- Les risques de dérives locales pourraient être limités par des dispositions spécifiques prises par le législateur (tout ne serait pas déconcentré : par exemple le socle indiciaire de la rémunération serait le même sur l'ensemble du territoire).

Il s'agit, pour résumer cette sous-partie, de miser sur la confiance mutuelle entre acteurs, qui permettrait non seulement de réaliser d'importantes économies de contrôle et de diffusion des décisions, mais aussi et surtout d'améliorer la pertinence des décisions et d'en renforcer l'efficacité. Nous l'avons dit, les réformes poussent, dans leur esprit, au partage d'information et de réflexion. Considérons maintenant qu'elles favorisent également, par leurs dispositions, la rénovation de la gestion des ressources humaines.

3.4.3.S'inscrire dans le mouvement des réformes

Un statut figé dans ses dispositions comme dans sa pratique soulève la question de son adaptation aux réformes hospitalières en cours. Mais un statut rénové, articulé à un contrat individuel, et pratiqué dans un souci de flexibilité et de performance pourrait au contraire entrer dans une relation de symbiose avec les réformes. En d'autres termes, appliquer les réformes en adoptant leur philosophie, en utilisant leurs outils et se lancer dans une démarche prospective permettraient de renforcer l'efficacité de la GRH hospitalière, et vice-versa.

3.4.3.1.Gérer le mouvement et non plus l'instant.

La physionomie des règles statutaires pèse sérieusement sur la dynamique des ressources humaines : la rigidité du cadre fait parfois oublier le mouvement de l'humain.

Pour Hélène de Faverges, « il faudrait apprendre à développer la transition. Les hôpitaux sont toujours dans l'instant T, c'est un problème. Et cela exige de prendre un risque. » De fait, l'instant est synonyme d'un relatif confort. L'application réglementaire ne présente, en soi, que des difficultés techniques, tandis que la projection et la stratégie sont porteuses d'autant de gains à moyen ou long terme que d'incertitudes et de risques à court terme.

La projection, consubstantielle des politiques de gestion prévisionnelle, semble également inscrite dans l'idée des réformes : la gestion entrepreneuriale induite par la T2A comporte une dimension d'investissement également applicable aux ressources humaines. De plus, si la délégation de compétences aux pôles repose sur une dichotomie attribuant la gestion opérationnelle au pôle et la gestion globale (donc politique) à la direction, la définition de la stratégie est nécessairement partagée entre ces deux acteurs. La nouvelle gouvernance permet ainsi la diffusion de la réflexion prospective.

3.4.3.2. Utiliser l'élan des réformes.

Ayant constaté que les règles statutaires pouvaient parfaitement s'accorder avec une gestion dynamique des ressources humaines des établissements, nous pouvons également penser que la mise en œuvre des réformes du plan Hôpital 2007 favorise la modernisation de la GRH hospitalière.

De fait, la réforme de la nouvelle gouvernance crée de nouveaux outils de management. Les champs ouverts à la délégation de compétences de ressources humaines aux pôles sont nombreux. Confier aux pôles la gestion opérationnelle des ressources humaines, avec des objectifs précis, permet de responsabiliser et de faire partager les préoccupations de rénovation portées par la DRH. La nouvelle culture du résultat de la nouvelle gouvernance (chaque pôle est redevable de ses consommations et de son activités vis à vis des autres pôles et des directions fonctionnelles) devrait permettre de dynamiser la GRH hospitalière.

Certaines précautions devraient cependant être prises¹²¹ et les sanctions relatives aux engagements des contrats de pôle doivent être précises et raisonnables.

Au CHU de Fort de France un document validé en Conseil exécutif et transmis à l'ensemble des responsables de pôle précise, avant la rédaction et de la signature des contrats de pôle eux-mêmes, la répartition des compétences en matière de ressources humaines entre la direction et les pôles. Il laisse à la direction la main sur les grandes orientations stratégiques (élaborées en concertation avec les pôles) et sur la coordination des pratiques de GRH au sein de l'établissement, tout en donnant aux pôles les instruments de son adaptation au plan local.

De plus, le développement d'outils de pilotage médico-économique dans le cadre de la T2A constitue une occasion d'inclure la mesure des ressources humaines dans l'étude de la performance des établissements. La démarche de comptabilité analytique, lorsqu'elle sera pleinement opérationnelle, mesurera la productivité des moyens humains engagés et permettra d'en tirer les conséquences souhaitées. Au Royaume-Uni le NHS, dont les résultats en termes de santé publique font l'objet de controverses, a choisi, dans le cadre de sa réforme, de mettre en place un instrument baptisé « *workforce scorecard* », ou « score RH ». Cet outil vise à mesurer la contribution du facteur ressources humaines dans la production du service et de l'établissement. Il revient à suivre la valeur ajoutée de l'humain au niveau de chaque établissement et de chaque service, et donc d'avoir un œil stratégique sur elle, d'en identifier les défaillances et d'y apporter des correctifs. Il se veut « système de management » et non simplement « système de mesure ». Le NHS en attend beaucoup¹²².

3.4.3.3. Se positionner face à une évolution possible des ressources humaines dans la fonction publique.

¹²¹ « Si le besoin de proximité se fait sentir dans la gestion des remplacements, des formations, des relations sociales ou de l'évaluation, l'hôpital reste une entité juridique qui doit maintenir une cohérence d'ensemble. Cela reste une inquiétude ou une frontière indépassable très souvent évoquée par les acteurs interrogés et particulièrement chez les directeurs. [...] Entre cohérence statutaire, politique, budgétaire et gestion de terrain, l'hôpital doit en effet trouver un équilibre. » - LARIVEN S., *Faisabilité et limites d'une déconcentration de la gestion des ressources humaines par pôle d'activité à l'hôpital*, 2002, mémoire EDH ENSP

¹²² « Pourquoi avons nous besoin de développer le score RH du NHS ? la mise en œuvre du score RH permettra :

- de faciliter le management stratégique au niveau local
- soutenir les organisations locales dans l'atteinte de leurs objectifs stratégiques
- Mettre en cohérence les RH et la stratégie de l'établissement, en soutenant le développement d'un cadre de réalisation
- Souligner l'importance des RH dans l'efficacité organisationnelle en établissant les ressources humaines comme facteur clé et moteur du changement
- Rendre plus aisé le management de la performance et le benchmarking au niveau local
- Contribuer à la réduction de la bureaucratie et des doublons. » – traduit de Health Department (8 février 2007).

L'avenir proche de la GRH hospitalière reste difficile à prévoir, faute de visibilité sur l'ensemble des effets induits par le déploiement des réformes hospitalières en cours. Dès lors, il est bon de se positionner face à des évolutions possibles des ressources humaines dans la fonction publique, non dans une attitude méditative, mais au contraire dans l'idée d'influer sur cette évolution, d'en mieux cerner les contours et d'optimiser sa capacité de réaction.

Trois éléments nous paraissent devoir être évoqués ici. Il faut tout d'abord noter qu'une fenêtre d'opportunité s'ouvre pour la mise en œuvre des importantes réformes souhaitées. Le scénario noir, craint, doit quant à lui motiver à l'action en servant de repoussoir. Enfin, la réflexion nous paraît devoir aborder la question du statut des établissements.

3.4.3.3.1. L'ouverture d'une fenêtre d'opportunité.

Il est tout à fait possible qu'aujourd'hui les conditions de la rénovation (*cf supra*, § 3.1.2.1) soient réunies et que d'ambitieuses réformes de la fonction publique puissent être entreprises¹²³. L'anticipation serait ici encore plus profitable et la réaction ne doit pas trop tarder, tant l'assimilation d'un nouveau discours, la formation des responsables et le création des nouveaux outils pourrait prendre du temps.

Le contexte démographique, tout en posant quelques soucis dans des professions particulières, ouvre une fenêtre d'opportunité à d'importantes réorganisations et à la promotion de la logique « métiers-compétences ». Entre 2000 et 2015 il est prévu¹²⁴ que 55% des effectifs des hôpitaux publics partent en retraite. Ce taux atteint 40% pour les praticiens hospitaliers.

Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) met à disposition des financements pour des actions tendant à fluidifier l'emploi hospitalier, telles que les actions de conversion, de prise en charge d'un différentiel de rémunération, des indemnités exceptionnelles de mobilité et de départ volontaire.

¹²³ *cf.* annexe 13. Le Président de la République a exposé le 19 septembre 2007s son intention de rénover en profondeur la Fonction publique dans le cadre d'un plan quinquennal baptisé « Service public 2012 ».

¹²⁴ *Ibid.*

En tout état de cause, il est préférable de ne pas attendre que les réformes hospitalières régulent d'elles-mêmes leurs effets sur la GRH. Comme le soulignent L'IGAS et l'IGF¹²⁵ dans la conclusion de leur enquête, ceci risque de ne pas se produire :

« Les analyses conduites par la mission sur différents établissements et ARH mettent en évidence sans ambiguïté que la T2A ne constitue pas une réponse aux entraves à l'amélioration de la gestion existant aujourd'hui dans les établissements hospitaliers. [...] Ces entraves, bien connues, sont essentiellement de deux natures :

- les faibles marges de manœuvre à court terme des établissements en termes de gestion, du fait du poids des dépenses de personnel et de leur mode d'administration (statut de la Fonction publique, gestion centralisée des praticiens hospitaliers) ;
- la difficulté à promouvoir un discours de gestion au sein des établissements, qui tient essentiellement à deux facteurs: absence de sanction de la gestion (possibilité de faire des reports de charge, faible responsabilisation des directeurs d'hôpitaux sur ces questions ...) et déséquilibre des pouvoirs dans la gestion interne de l'établissement entre le conseil d'administration (CA), la commission médicale d'établissement (CME) et la direction. »

3.4.3.3.2. La crainte d'un scénario noir

La crainte d'un scénario noir transparaît dans les propos de plusieurs interlocuteurs, conscients que le *statu quo* dans un monde hospitalier en évolution rapide n'apportera que l'affaiblissement de l'hôpital. Les étapes de ce délabrement immobile se succèdent ainsi : les hôpitaux deviennent de moins en moins attractifs; les agents les moins bons bénéficient d'une relative « impunité », tandis que les plus méritants ne sont pas récompensés ; les bonnes volontés s'en vont ou partent à la retraite ; le dialogue social se sclérose. Dans le même temps les embauches de contractuels se multiplient¹²⁶, parfois de façon abusive, sans proposer d'évolution satisfaisante à ces personnes et en créant des frustrations chez les personnels titulaires, aux conditions d'emplois parfois moins satisfaisantes¹²⁷. Les hôpitaux

¹²⁵ IGAS-IGF, *rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières*, juillet 2005

¹²⁶ L'incidence du recours aux contractuels sur le statut de la Fonction publique est diversement perçue. Pour certains, il prouve que le statut est menacé (A. Collot) ou qu'il est « à bout de souffle » (JL Balmelle). Pour d'autres, il est au contraire un élément de souplesse salutaire : « C'est grâce aux contractuels que l'on peut concilier le statut avec la T2A » - B. Cavignaux.

¹²⁷ « On rencontre dans les services hospitaliers des professionnels jeunes et peu expérimentés payés deux, trois, quatre fois plus que ceux qui y travaillent depuis de nombreuses années. Ces derniers ont le sentiment de terribles inégalités, car on n'impose par nécessairement à ceux qui sont en CDD toutes les contraintes inhérentes à l'activité,

perdent de leur efficacité économique et de leur qualité de soin. Incapables de financer leur développement, ils assument les fonctions pauvres de l'hospitalisation, et deviennent des « hôpitaux hospices ».

Parfois des évolutions plus optimistes se dessinent. Elles proviennent d'exemples du secteur privé ou de l'étranger. Leur application à la Fonction publique française paraît cependant difficile et peu probable. Mais elle peuvent être en partie reprises et méritent à ce titre que l'on s'y intéresse. En voici deux :

- Fondée sur la préservation de la carrière à vie, la logique de « marché de l'emploi public » consisterait à rendre les agents « responsables au premier chef du pilotage de leur carrière à l'intérieur d'un marché interne de l'emploi public. L'État employeur se contente de garantir la transparence, la fluidité et le bon fonctionnement de ce marché.¹²⁸ » Cette idée a inspiré notre vision de la mobilité (§ 3.2.2).
- Pour le personnel non soignant, certains pensent à une mise à disposition de personnel temporaire. Il s'agirait d'institutionnaliser, de rendre plus accessible et moins cher le recours à de la main d'œuvre extérieure à l'hôpital. Ces personnels seraient recrutés et rémunérés sur des missions. L'hôpital deviendrait minimal et réduit aux seules fonctions de soin et de stratégie¹²⁹. Une telle évolution s'accommode difficilement de l'extraordinaire variété des métiers hospitaliers et ferait naître d'importants coûts de gestion. Mais elle a nourri notre réflexion sur l'articulation du statut et du contrat (§ 3.1.3) et pourrait faire son chemin dans l'hôpital de demain.

3.4.3.3.3.L'apparition d'une interrogation sur le statut des établissements.

Pour Me Jaafar, « on a fait de l'hôpital un Etablissement public à caractère administratif (EPA). Faut-il en faire un EPIC ? On a en ce moment des réformes de compromis, à mi-chemin entre l'EPA et l'EPIC ». De fait, les promoteurs du plan hôpital insistent sur une réforme statutaire, non pas celle des agents, mais celle des hôpitaux :

comme les gardes la nuit ou le week-end. Combien de temps accepte-t-on cela ? » - BRIAND Y. « Articuler le statut de la Fonction publique hospitalière avec le contrat individuel ? Pourquoi pas ? », *Le Concours Médical*, 2004/11/03 ; V:126, N:32. 1185-7

¹²⁸ ENA, PROMOTION AVERROËS, séminaire d'administration comparée, « *La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques* », juillet 1999

¹²⁹ Hélène de Faverges, qui développe cette idée, prend exemple sur le mode de fonctionnement d'une usine du groupe PSA. Elle note qu'il « faudrait savoir faire des fiches de poste claires et évolutives ».

« Les établissements attendent impatiemment un cadre juridique spécifique qui, pour le moment, est celui d'un Etablissement Public Administratif (EPA). L'offre de soin hospitalière dans le secteur public a des impératifs qui ne trouvent pas leur traduction réglementaire dans le statut des E.P.A. en particulier si on met en place la tarification à l'activité. Les statuts, le code des marchés publics, la séparation ordonnateur-comptable entre autres sont autant d'éléments qui doivent être adaptés pour redonner de la souplesse et de la réactivité aux établissements. Ils permettront à chacun selon sa taille, sa mission et son histoire, de relever les défis du plan Hôpital 2007¹³⁰. »

La FHF, dont le directeur général se déclarait encore favorable à une privatisation des hôpitaux en 2003, a choisi de défendre le statut d'EPS en en faisant un instrument d'autonomie des établissements¹³¹.

Au final, échappant à un abandon trop hâtif, le statut de la fonction publique resterait confronté à une indispensable réforme de fond. Mais même à ce prix, il n'en deviendrait pas *de facto* compatible avec les réformes hospitalières. Pour cela, il doit devenir l'outil central d'une GRH dynamisée, renouvelée, décentralisée et prospective.

¹³⁰ DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G., rapport de la Mission sur « *la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale* » (projet Hôpital 2007), avril 2003

¹³¹ cf. annexe 9, point 49

*
* *

Le statut de la fonction publique accuse aujourd'hui un retard sur l'esprit des réformes. Il ne s'agit pas tant d'un décalage de principe, mais plutôt d'une inadaptation de certaines dispositions et de certaines pratiques aux exigences de l'hôpital actuel.

Pour être véritablement à l'heure sur les réformes, et pour atteindre une symbiose au-delà de la simple synchronisation, le statut devrait s'articuler avec le contrat individuel, les pratiques et les dispositions statutaires devraient chercher à rendre flexibles les parcours professionnels, à valoriser la performance et à donner à la gestion des ressources humaines la place qui lui revient, celle d'une composante de la stratégie des établissements.

Pour Annie Podeur, Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la modernisation des ressources humaines doit garantir le succès des réformes. Selon elle, les DRH et directeurs de soins constituent les « relais indispensables des réformes hospitalières ». Elle déclare que « la recherche d'une plus grande efficacité à l'hôpital passe par la modernisation de la gestion des ressources humaines » et rappelle le rôle du dispositif d'accompagnement des réformes : « permettre à l'ensemble de la communauté hospitalière de s'approprier le sens, l'interaction et la continuité des réformes qui visent à assurer un meilleur service aux patients ; introduire de nouveaux modes de management ; être à l'écoute des acteurs du terrain pour concevoir d'éventuels correctifs ». Elle rappelle ce que le ministère attend des DRH hospitaliers : « développer un dialogue social suivi et nourri, assurer la formation des personnels en cohérence avec la mise en œuvre des réformes, contribuer à l'amélioration des conditions de travail... et communiquer de l'enthousiasme.¹³²»

C'est bien une capacité d'anticipation et de prévision à moyen et long terme qui est requise. Elle doit s'allier à la rigueur des décideurs pour leur permettre de maintenir un cap ambitieux. Car enfin les chantiers de GRH réclament par-dessus tout de la part des différents acteurs impliqués enthousiasme et courage.

¹³² Journée d'information sur les ressources humaines à l'hôpital. DHOS, 15 mai 2007.

Annexe 1

Histoire et architecture de la Fonction publique hospitalière

Adapté de STINGRE D., *La Fonction publique hospitalière* et DERENNE O, LAMY Y, *les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*.

En 1844, les députés d'Haussonville et Saint-Marc de Girardin tentent de faire voter un projet de réforme des conditions d'admission et d'avancement et des modes de rémunérations de ceux que l'on nommait déjà depuis 1830 les « fonctionnaires publics ». Après l'échec de ce premier projet de statut général, une commission de l'Assemblée nationale mène, entre 1871 et 1874, une réflexion statutaire à laquelle le Conseil d'Etat s'oppose par un avis d'assemblée des 16-23 juillet 1874.

Le Conseil préfère des statuts « particuliers, nombreux, sommaires, souples ». Depuis la loi du 7 août 1851, le personnel hospitalier est de fait régi par de multiples statuts locaux faisant l'objet d'une décision de la Commission administrative de l'établissement et approuvés par l'autorité préfectorale. L'uniformisation sur le plan national visant à étendre les dispositions statutaires des personnels soignants aux personnels ouvriers et servants¹³³ n'interviendra qu'en 1936 par une circulaire du Ministre de la Santé.

Il faut attendre la loi du 19 octobre 1946 puis l'ordonnance du 4 février 1959 pour voir apparaître le premier statut de la Fonction publique. Ces textes codifient la jurisprudence antérieure, l'améliorent en matière de recrutement, d'avancement et de discipline. Ils reconnaissent le droit syndical et le principe de participation des personnels dans des organismes paritaires. L'objet initial de la loi de 1946 apparaissait plus ambitieux, comme l'expliquait Yves Fagon au nom de la Commission de l'Intérieur, de l'Algérie et de l'Administration générale, départementale et communale :

« La première préoccupation est de codifier en un texte unique les prescriptions relatives aux personnels, éparses dans des textes multiples ; la seconde préoccupation est de fixer enfin la nature du lien qui unit le fonctionnaire à l'Administration et d'en déduire l'ensemble des droits et obligations respectifs de l'un et de l'autre ; la troisième préoccupation, celle-là plus générale, est d'établir un statut basé sur des principes démocratiques tels qu'ils sont affirmés par la nouvelle constitution. »

De nombreuses dérogations au statut général ainsi que la permanence d'une multitude de statuts particuliers n'ont pas permis l'harmonisation totale de la Fonction publique. Ainsi les personnels hospitaliers seront régis par un statut spécifique issu du décret du 20 mai 1955.

Ce texte incarne pour les personnels hospitaliers le premier statut à caractère général, c'est-à-dire uniforme sur l'ensemble du territoire et portant sur la grande majorité des étapes de la carrière d'un agent. Il a toutefois été jugé sévèrement, en raison de ses imperfections et de ses avantages moindres, notamment par rapport au statut des fonctionnaires de l'Etat :

« Bien que constituant un réel progrès dans la structure des carrières des personnels hospitaliers non médicaux, ce statut de 1955 est resté un statut de seconde zone : construction juridique discutable, possibilités de carrière inégales, confusion du grade et de l'emploi, lenteur dans l'évolution du contenu des droits. Il est intéressant de noter que cet ensemble statutaire, bien que concernant un demi-million

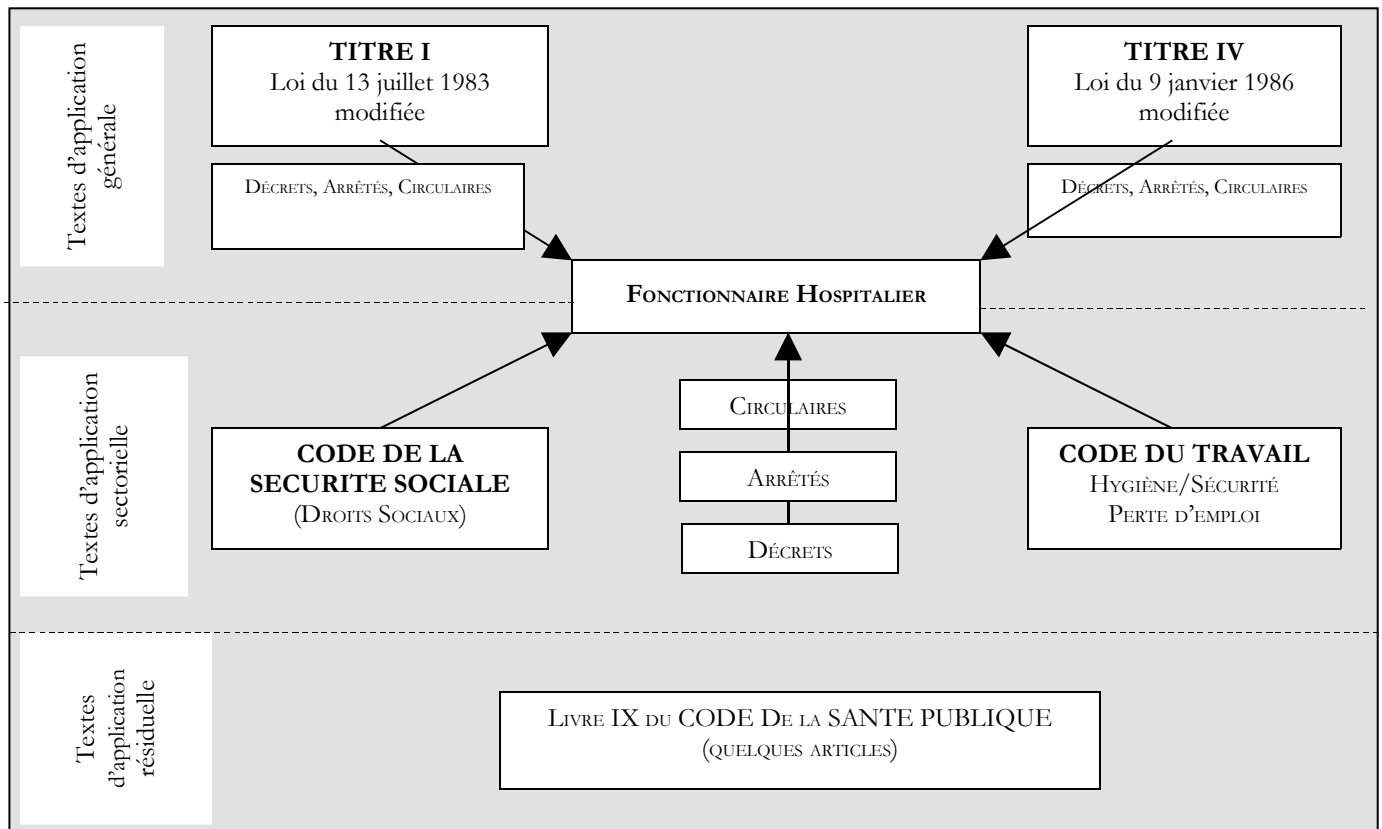
¹³³ Ces personnels qui « du fait qu'il[s] se bornent à accomplir des actes matériels et manuels ne peu[ven]t pas acquérir la qualité de fonctionnaire[s] ».

d'agents, était absent de tous les enseignements de droits de la Fonction publique française.» -
 Derenne O., Lamy Y.

Aujourd'hui, la plupart des dispositions applicables aux personnels des établissements publics de santé proviennent des titres I (loi du 13 juillet 1983) et titre IV (loi du 9 janvier 1986) du statut de la Fonction publique. Ces deux lois comportent elles-mêmes de nombreuses dispositions issues des textes antérieurs et n'ont pas totalement supprimé le « statut de 1955 », dont quelques articles demeurent inscrits au Code de la Santé publique.

Les sources du droit régissant les fonctionnaires des établissements publics de santé intègrent également, pour certains secteurs, le code de la sécurité sociale (droits sociaux, notamment droit à la retraite), le code du travail (surtout conditions de travail) et d'autres textes de nature réglementaire influençant la gestion des ressources humaines à l'hôpital et non inscrits dans les Titres I et IV du statut général.

Tableau 2 – architecture des textes de la Fonction publique hospitalière (extrait de Derenne & Lamy)



Annexe 2

Quelques notions fondamentales de la GRH hospitalière

Extrait de DERENNE O., LAMY Y., *les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*, pp18-21.

« Le grade »

Le grade est le titre qui confère à son titulaire vocation à occuper l'un des emplois qui lui correspondent

Chaque grade dispose d'une échelle indiciaire dotée de plusieurs échelons. A chacun d'eux correspond un indice brut et un indice majoré.

Un fonctionnaire est titulaire de son grade.

L'emploi

Ce terme peut définir le contenu professionnel, la durée (temps complet ou non), la permanence ou la précarité de l'occupation d'un agent.

Il peut avoir un sens budgétaire. L'emploi est alors considéré inclus dans l'effectif budgétaire de l'établissement.

Le poste

Le poste de travail se définit par sa localisation, ses horaires, ses conditions particulières de travail, sa qualification. Lorsqu'un poste de travail doit être occupé en permanence, il faut plusieurs emplois pour assurer cette continuité.

Le corps

Un corps est un ensemble ordonné de grades qui sont tous soumis au même statut particulier et qui appartiennent tous à la même catégorie.

C'est à l'intérieur d'un corps que se déroule la carrière du fonctionnaire, le quel peut aussi changer de corps en cours de carrière. L'accès à un corps se fait normalement par le grade de base et l'avancement de grade s'effectue d'un grade à l'autre.

La catégorie

L'ensemble des corps et grades des trois fonctions publiques sont divisés en trois catégories correspondant à un niveau de responsabilité et de recrutement.

Le statut particulier

Le statut particulier est le texte réglementaire (décret en Conseil d'Etat) fixant les conditions d'accès au corps et grades, d'exercices des fonctions, de déroulement des carrières et de cessation d'exercice.

Un statut particulier peut concerner plusieurs corps et grades. Il est complété par d'autres textes : soit des décrets fixant le classement indiciaire des grades créés, soit des arrêtés déterminant les conditions précises d'accès à tel ou tel grade (épreuves et modalités d'un concours par exemple, soit des circulaires d'explicitation.

L'effectif ou les effectifs

Cette notion est en effet multiple :

- l'effectif budgétaire est celui du nombre des emplois permanents pour lesquels un budget est prévu (stable)
- l'effectif rémunéré est celui des agents qui perçoivent un salaire même s'ils ne sont pas en service effectif (assez stable)
- l'effectif réel est celui de l'ensemble des agents recrutés par l'établissement et se trouvant en service effectif, il distingue les agents titulaires, stagiaires et contractuels (permanents ou temporaires) par quotité de service à savoir temps plein ou temps partiel (peu stable)
- l'effectif présent est celui des agents effectivement présents à leur poste de travail. Compte tenu des roulements cet effectif représente seulement une partie de l'effectif réel (variable sur les 24h).

La signification de ces diverses notions n'est pas véritablement stabilisée même si les textes relatifs au bilan social s'y efforcent. »

Annexe 3 Présentation du contexte de la Martinique

a) Quelques chiffres relatifs au contexte économique et social martiniquais

Fin 2006 la population martiniquaise était estimée à 400 000 habitants. Le PIB de la Martinique s'élevait à 6,117 milliards de dollars soit 14,400 dollars par habitant ce qui correspond à 70% de la moyenne européenne. La Martinique reste donc une région pauvre de l'Europe (calculé à partir de l'Europe des 15), mais la plus riche des départements d'Outre mer. La balance commerciale est déficitaire avec 12.8 milliards de dollars d'importations pour 2.500 milliards de dollars d'exportation. (Source : wikipedia).

Tableau 3 – données sur l'emploi en Martinique

| | |
|--|---------|
| Emploi total | 115 920 |
| dont emploi salarié au lieu de travail en 1999 | 98 376 |
| Variation de l'emploi total taux annuel moyen entre 1990 et 1999 | + 0,56 |
| Emploi total estimé au lieu de travail au 31 décembre 2004 ⁽⁵⁾ | 123 892 |
| Nombre de demandeurs d'emploi (catégories 1-2-3-HAR) au 31 décembre 2005 ⁽⁶⁾ | 37 539 |
| Taux de chômage (au sens du BIT) au 31 décembre 2005 ⁽⁷⁾ | ND |

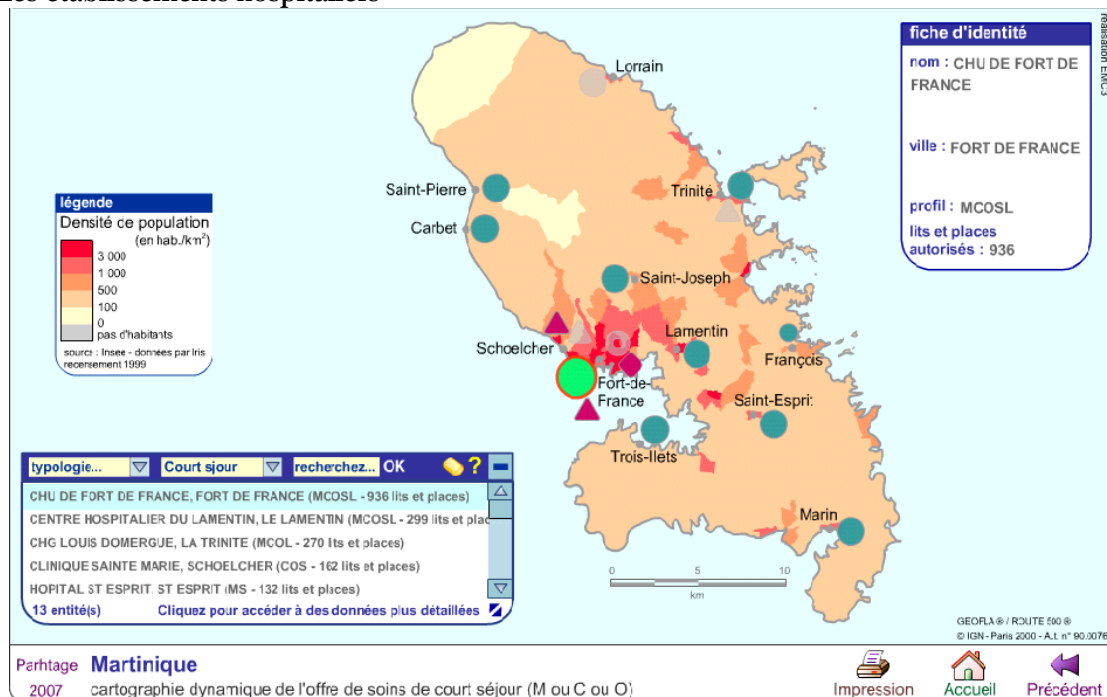
Source : INSEE

« Le taux de chômage est en recul de plus de 7% sur l'année. La baisse est plus importante chez les jeunes de moins de 25 ans. Il reste néanmoins à un niveau très élevé : **23,5% en novembre 2003** au sens du BIT (**contre 9,6% en métropole**). Certes, l'importance du travail informel, voire clandestin (les « jobeurs ») doit conduire à une interprétation prudente de ces chiffres. Le chômage en Martinique se caractérise par sa durée : selon l'Insee, près de la moitié des chômeurs le sont depuis plus d'un an.

« La persistance d'indicateurs départementaux assez moroses en termes de bénéficiaires du **RMI (31 400 fin 2002)**, de chômeurs (37 700 en novembre 2003) ou de bénéficiaires de la **CMU (110 900 en 2002)** a contribué à une prise de conscience collective de l'importance de la lutte contre l'exclusion, qui s'est traduite par un renforcement du travail en partenariat des institutions et des associations. »

source : <http://www.martinique.pref.gouv.fr/pages/ecosocio3.html> (31 août 2007)

b) Les établissements hospitaliers



Annexe 4

Quelques données relatives à la GRH au CHU de Fort de France

Tableau 4 - Effectifs du CHU au mois de juillet 2007

| Variable statut | E.T.P. | Nombre Agent |
|-------------------------------|----------------|--------------|
| Titulaire | 2452,47 | 2462 |
| Contractuel sur emploi vacant | 315,91 | 322 |
| Contractuel de remplacement | 564,46 | 615 |
| Emploi-Jeune | 9 | 9 |
| C.E.C | 4 | 4 |
| Contrat avenir | 3 | 3 |
| C.A.E. | 30,47 | 31 |
| Somme | 3379,31 | 3446 |

Tableau 5 - Evolution des effectifs en ETP depuis 2002 par catégorie et statut (P=permanents, C=contractuels temporaires)

| Catégorie | Statut | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | évolution 2002/2006 |
|--------------|--------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|------------------------|
| A | P | 218,93 | 317,92 | 335,88 | 353,66 | 365,98 | 67,17% |
| A | C | 10,95 | 15,25 | 17,77 | 17,57 | 19,63 | 79,27% |
| B | P | 1065,93 | 991,24 | 978,27 | 1033,07 | 1051,02 | -1,40% |
| B | C | 126,03 | 129,59 | 167,47 | 179,77 | 195,75 | 55,32% |
| C | P | 1182,94 | 1194,38 | 1172,46 | 1214,68 | 1258,04 | 6,35% |
| C | C | 226,71 | 280,22 | 309,22 | 346,46 | 365,17 | 61,07% |
| Somme | | 2831,49 | 2928,6 | 2981,07 | 3145,2 | 3255,59 | 14,98% |

Le nombre d'ETP de contractuels a augmenté dans chacune des catégories, tandis que l'effectifs de permanents (fonctionnaires et contractuels permanents) a globalement stagné (hormis pour la catégorie A).

Tableau 6 - Nombre de postes vacants depuis plus de trois mois – septembre 2007

| Nombre de postes vacants depuis plus de 3 mois faute de candidats par catégorie professionnelle | POSTES |
|--|-----------|
| IBODE | 2 |
| IADE | 2 |
| Puéricultrice | 18 |
| Masseur-kiné | 2 |
| radiophysicien | 1 |
| TOTAL | 25 |

Tableau 7 - Estimation des besoins en nouvelles qualifications – septembre 2007

| Estimation des besoins en nouvelles qualifications | EFFECTIF |
|---|----------|
| Acheteur | 4 |
| Contrôleur de gestion | 2 |
| Ingénieur qualité | 1 |
| Assistant de recherche clinique & management de projets | 2 |
| TOTAL | 9 |

Tableau 8 - Mobilité

| | |
|--|----|
| Nombre d'agents ayant fait l'objet d'une mutation dans un autre EPS de la région | 10 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Nombre d'agents ayant fait l'objet d'une mutation dans un EPS hors de la région | 10 |
| Nombre d'agents en position de détachement | 9 |
| Nombre d'agents en position de disponibilité | 60 |
| Nombre d'agents mis à disposition d'une autre administration | 18 |

Tableau 9 - Nombre de jours de grève observés par les infirmiers et aides-soignants.

| grade | 2005 | | | | 2006 | | | | 2007 | | | |
|-------------------------------------|----------|------------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | sept | oct | nov | déc | février | mar | avr | mai | juin | fév | mar | juin |
| Aide-soignant | 0 | 23 | 4 | 1 | 0 | 3 | 6 | 6 | 2 | 9 | 3 | 13 |
| Infirmiers (IBODE, IDE, IADE) | 0 | 29 | 1 | 0 | 7 | 16 | 5 | 10 | 1 | 10 | 2 | 15 |
| Autres | 1 | 47 | 7 | 0 | 5 | 4 | 9 | 1 | 0 | 8 | 0 | 12 |
| Somme: | 1 | 120 | 12 | 1 | 12 | 24 | 20 | 17 | 3 | 29 | 5 | 43 |

Infirmiers et aides-soignants sont les catégories de personnel totalisant le nombre le plus élevé de jours de grève. L'année 2006 a été marquée par 9 conflits nationaux et 7 conflits locaux.

Tableau 10 - Nombre de jours retenus par grade pour absence injustifiée, en 2006

| Libelle grade | Nombre de jours retenus |
|----------------------------------|-------------------------|
| Adjoint des cadres | 1 |
| Agent administratif | 14 |
| Agent d'entretien qualifié | 14 |
| Aide-soignant | 140 |
| Aide technique électroradiologie | 1 |
| ASH qualifié | 134 |
| Assistant socio-éducatif | 12 |
| Conducteur automobile | 66 |
| IBODE | 5 |
| IADE | 27 |
| IDE | 49 |
| MER | 8 |
| Masseur kinésithérapeute | 8 |
| Moniteur éducateur | 0 |
| Ouvrier professionnel spécialisé | 7 |
| Secrétaire médicale | 1 |
| TOTAL | 487 |

Tableau 11 – répartition des dépenses de personnel non médical en juin 2007

| Code paye de l'imputation | Libellé code paye de l'imputation | Montant du code paye (en euros pour juin 2007) |
|---------------------------|--|--|
| 001 | Traitement de base indiciaire | 5 713 187 |
| 018 | Indemnité de vie chère | 2 293 935 |
| 450 | Indemnité de sujétion spéciale (13h) | 455 849 |
| 480 | Indemnité forfaitaire dimanche et jours fériés | 162 805 |
| 314 | Prime de laboratoire | 102 613 |
| 080 | Prime de sujétion AS | 90 305 |
| 100 | Prime spécifique paramédicale | 88 158 |
| 454 | Heures supplémentaires de nuit | 58 317 |

| | | |
|-----|---|---------|
| 030 | Supplément familial | 51 942 |
| 400 | Indemnité travaux intensifs de nuit | 43 004 |
| 007 | NBI | 39 912 |
| 022 | Brut CAE | 34 175 |
| 510 | Allocation familiale | 32 672 |
| 081 | Prime de sujétion N SOUMI | 22 779 |
| 207 | Prime technicité ingénieur | 20 130 |
| 229 | Indemnité congé | 17 602 |
| 453 | Heures supplémentaires dimanche – fériés | 15 951 |
| 120 | Prime d'encadrement | 14 406 |
| 208 | Indemnité forfaitaire technique | 13 370 |
| 512 | Allocation soutien familial | 13 328 |
| 019 | Rémunération C.E.J | 13 251 |
| 090 | Prime forfaitaire AS | 12 037 |
| 333 | Prime 1 ^{ère} catégorie taux X 1 | 11 177 |
| 169 | Prime fonction direct. F. | 10 583 |
| 309 | Indemnité forfaitaire de risque | 10 000 |
| 075 | Indemnité différentielle | 6 656 |
| 511 | Majoration d'allocation familiale | 6 573 |
| 536 | Indemnité de CFP | 5 437 |
| 336 | Prime 2 ^{ème} catégorie taux x1 | 5 383 |
| 012 | Traitement de base CEC | 5 267 |
| 328 | Indemnité IFTS | 5 190 |
| 107 | Prime supplémentaire | 4 710 |
| 331 | Prime 1 ^{ère} catégorie taux x 3 | 4 034 |
| 310 | Prime de service | 3 706 |
| 451 | Heures supplémentaires (moins de 14 heures) | 3 634 |
| 021 | Brut Contrat avenir | 2 853 |
| 379 | Divers soumis SS Impôts | 2 400 |
| 041 | Rémunération Etudiant Sage-femme | 2 000 |
| 304 | Heures de cours | 1 467 |
| 170 | Prime fonction direct. V | 1 400 |
| 334 | Prime 1 ^{ère} catégorie taux x1 | 1 319 |
| 452 | heures supplémentaires (plus de 14 heures) | 1 128 |
| 218 | Indemnité attaché PPL | 1 067 |
| 060 | Avantage nature : logement | 897 |
| 519 | Allocation education spéciale 2ème | 672 |
| 515 | Allocation rentrée scolaire | 539 |
| 529 | Complément indemnité CFP | 428 |
| 217 | Indemntié exceptionnelle | 384 |
| 503 | RTT non médicaux | 246 |
| 516 | Allocation education spéciale | 226 |
| 325 | Indemnité responsable régie recette | 201 |
| 514 | Complément familial | 178 |
| 082 | Prime de Sujétion Réduite | 172 |
| 335 | Prime 2 ^{ème} cat taux x 2 | 22 |
| 110 | Indemnité compensatrice | 13 |
| 401 | Indemnité travail normal de nuit | 3 |
| 305 | Indemnité de chaussure | 0 |
| 008 | Nouvelle Bonification Indiciaire | -771 |
| 064 | Inverse A.N Log | -897 |
| 002 | Traitement de base indiciaire : réduit | -12 002 |

| | |
|--|------------------|
| TOTAL | 9 411 346 |
| total hors éléments variables (001 + 018 + 450) | 8 462 971 |
| (001 + 018 + 450)/Total | 90% |

Annexe 5

L'intéressement dans la Fonction publique hospitalière

La prime de service constitue le principal outil d'intéressement des personnels non médicaux. Les règles de son attribution sont encadrées par l'arrêté du 24 mars 1967. L'attribution de la prime est liée à « l'accroissement de la productivité » du travail. Mais elle est limitée en volume (7,5% des dépenses des traitements budgétaires bruts des personnels de l'année) et en bénéficiaires (titulaires et stagiaires – le versement de la prime à l'ensemble des agents contractuels faisant l'objet d'une controverse juridique non encore close). Aujourd'hui, la prime est surtout fonction de l'assiduité des agents, en application de l'article 3 de l'arrêté du 24 mars 1967.

Arrêté du 24 mars 1967
modifiant les conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics
(Journal officiel du 5 avril 1967 et rectificatif J.O. du 12 mai 1967)

Modifié par: Arrêté du 5 février 1969 (J.O. du 7 mars 1969); Arrêté du 21 mai 1970 (J.O. du 19 juin 1970); Arrêté du 8 avril 1975 (J.O. du 20 avril 1975); Arrêté du 12 janvier 1983 (J.O. - N.C. du 21 janvier 1983.)

Article 1^{er}

Dans les établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics dont la gestion économique et financière est retracée dans les comptes d'exploitation prévus au plan comptable et dont les recettes sont définies par la fixation de prix de journées remboursables par les régimes de sécurité sociale ou par aide sociale, les personnels titulaires et stagiaires ainsi que les agents des services hospitaliers recrutés à titre contractuel peuvent recevoir des primes de service liées à l'accroissement de la productivité de leur travail dans les conditions prévues au présent arrêté. [...]

Article 2

(Arrêté du 5 février 1969, art.1er) " Dans chacun des établissements visés à l'article 1er du présent arrêté, le crédit global qui peut être affecté au paiement des primes de service est fixé pour un exercice donné à 7,5 p. 100 du montant des crédits effectivement utilisés au cours dudit exercice pour la liquidation des traitements budgétaires bruts des personnels en fonctions pouvant prétendre au bénéfice de la prime" [...]

Dans la limite des crédits définis à l'alinéa précédent, les montants individuels de la prime de service sont fixés, pour un service annuel complet, en considération de la valeur professionnelle et de l'activité de chaque agent.

Article 3 (Arrêté du 8 avril 1975)

La prime de service ne peut être attribuée au titre d'une année qu'aux agents ayant obtenu pour l'année considérée une note au moins égale à 12,5. L'autorité investie du pouvoir de nomination fixe les conditions dans lesquelles le montant de la prime varie proportionnellement aux notes obtenues sans qu'il puisse excéder 17 p. 100 du traitement brut de l'agent au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la prime est attribuée.

Pour tenir compte des sujétions journalières réelles, toute journée d'absence entraîne un abattement d'un cent quarantième du montant de la prime individuelle.

*

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière prévoit la mise en place d'une politique d'intéressement. Elle ne précise pas les modalités de cette politique, ni son caractère collectif ou individuel. Elle ne précise pas les critères de l'intéressement, pas plus que ne le fait aucun décret d'application de cette loi.

LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Art. L.714-4. - Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur:

[...] 9° Le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement;

Art. L. 714-16. - Dans chaque établissement public de santé est instituée une commission médicale d'établissement composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, qui élit son président et dont la composition et les règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.

La commission médicale d'établissement:

[...] 6° Emet un avis sur le bilan social, les plans de formation, et notamment ceux intéressant les personnels médicaux et paramédicaux, et les modalités de mise en oeuvre d'une politique d'intéressement;

Art. L. 714-18. - Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur:

[...] 8° Le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement;

*

La nouvelle organisation interne des établissements publics de santé est fondée sur une structuration de l'hôpital en pôles contractant avec la direction sur des objectifs d'activité, sur des moyens et sur des résultats. L'ordonnance du 2 mai 2005 prévoit expressément l'intéressement des pôles. Il s'agit ici d'une forme d'intéressement collectif.

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Article 5

L'article L. 6145-16 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6145-16. - Les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, **les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion**, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur.

« Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif. »

Annexe 6

La maîtrise des effectifs des Etablissements publics de santé

La maîtrise des effectifs, par ses implications sur le budget de l'établissement, occupe parfois une place prépondérante dans les préoccupations des gestionnaires. Le risque existe de piloter de façon statique une masse plutôt que de se lancer dans la projection et l'investissement dans une ressource dynamique. Une telle maîtrise ne recouvre qu'une partie de la problématique de la modernisation de la gestion des ressources humaines, et à ce titre nous n'avons pas souhaité en faire le cœur de notre réflexion.

Toutefois la maîtrise des effectifs a été à plusieurs reprises évoquée, et cela pour plusieurs raisons :

- elle illustre la rigidité des règles passées et présentes,
- un assouplissement des conditions d'entrée et de sortie de l'établissement aurait un impact sur elle (même si nous formulons l'hypothèse que beaucoup de départs seraient remplacés par des arrivées d'agents plus compétents),
- l'ajustement des ressources aux besoins passe par une plus grande réactivité des effectifs,
- la rigidité du TEPA a pu priver les responsables hospitaliers de vision stratégique sur les ressources humaines,
- la logique de l'EPRD sanctionne la mauvaise maîtrise des effectifs par la nécessité de trouver des recettes. Elle constitue donc un enjeu stratégique incontournable.

*

Le TEPA

Article R6145-20 du Code de la Santé Publique.

N'est plus en vigueur depuis le 1^{er} Janvier 2006

« Sont annexés au projet de budget soumis au conseil d'administration les documents suivants :

- 1° Le rapport du directeur de l'établissement justifiant les propositions de dépenses et les prévisions de recettes ;
- 2° L'avis de la commission médicale d'établissement ;
- 3° L'avis du comité technique d'établissement ;
- 4° Le tableau des emplois permanents ;
- 5° Un état de répartition des charges par catégorie tarifaire conformément aux articles R. 6145-22, R. 6145-23 et R. 6145-25, accompagné des propositions de tarifs de prestations. »

Il a été remplacé par un tableau prévisionnel des effectifs rémunérés :

Article R6145-20 du Code de la Santé Publique

(Décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2006)

(Décret n° 2005-1474 du 30 novembre en vigueur le 1er janvier 2006)

« Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés fait apparaître, pour chacun des comptes de résultat prévisionnels et par grade, qualification ou statut, l'effectif du personnel médical et non médical dont la rémunération est inscrite à l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Il fait apparaître distinctement le montant des crédits affectés aux emplois permanents et ceux affectés aux emplois temporaires. »

Le TEPA a cessé d'avoir une valeur juridique opposable. Au CHU de Fort de France, le choix a été fait de continuer à se référer à ce document, en ce qu'il reflète la structure des effectifs de l'établissement. Dans le même temps (réunions conjointes DRH - Coordination générale des soins en septembre 2007) les effectifs de chacun de services est réexaminé et comparés à celui des autres services similaires à la lumière de ratios et d'indicateurs (nombre de lits réellement ouverts, nombre d'entrées et de journées par effectif pour chaque catégorie de personnel, charge en soin).

*

Recours aux contractuels et maîtrise des effectifs

Les emplois permanents des établissements publics de santé peuvent être occupés, aux termes de la loi du 9 janvier 1986, par des agents contractuels :

Article 9 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 (titre IV), portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique hospitalière, modifié par la loi n°2005-843 du 26 juillet 2005 art.16 (JORF 27 juillet 2005)

« Par dérogation à l'article 3 du titre Ier du statut général, les emplois permanents mentionnés au premier alinéa de l'article 2 peuvent être occupés par des agents contractuels lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées.

Les emplois à temps non complet d'une durée inférieure au mi-temps et correspondant à un besoin permanent sont occupés par des agents contractuels.

Les agents ainsi recrutés peuvent être engagés par des contrats d'une durée indéterminée ou déterminée. Les contrats à durée déterminée mentionnés ci-dessus sont d'une durée maximale de trois ans. Ces contrats sont renouvelables, par décision expresse. La durée des contrats successifs ne peut excéder six ans.

Si, à l'issue de la période de reconduction mentionnée à l'alinéa précédent, ces contrats sont reconduits, ils ne peuvent l'être que par décision expresse et pour une durée indéterminée. »

La question du recours aux contractuels dépasse celle de la maîtrise des effectifs, en ce qu'elle révèle l'insuffisante flexibilité des règles de la Fonction publique et en ce qu'elle pose le problème de la précarité de ces personnels contractuels et de la péréquation des conditions de travail (rémunération, sujétions, évolution) entre eux et les fonctionnaires. Le statut de fonctionnaire a des implications sur la motivation et sur les performances des agents ; il en va de même pour le « statut » de contractuel.

Toutefois l'approche par la maîtrise des effectifs est tout à fait pertinente. Le recours aux contractuels présente un coût pour l'établissement (parfois très élevé pour certains types de contrats temporaires) ; il peut être perçu comme une solution d'adaptation en volume de l'emploi hospitalier sur une courte période, mais il peut aussi se traduire par une titularisation dans un grade de la Fonction publique et donc par une hausse pérenne de l'effectif de l'établissement.

Il convient de distinguer les contractuels dits « permanents » des contractuels « temporaires », les permanents représentant une excroissance de la population de fonctionnaires (aux conditions de travail relativement harmonisées) ; les autres faisant fonction de volet d'ajustement en volume à court terme. Ces derniers font l'objet d'un traitement particulier sous la forme d'une inscription aux « crédits évaluatifs » de l'EPRD.

En transposant la directive 1999/70CE, le législateur français a limité les contrats à durée déterminée à deux contrats consécutifs, pour une durée de 6 ans au total. Il cherche ainsi à limiter le recours abusif aux contrats à durée déterminée. Il incite indirectement les établissements à repenser leur politique de gestion des contractuels dans le sens d'un rapprochement avec les titulaires.

Annexe 7
Extraits du Manuel de certification de l'HAS, édition 2007
Liste des références relatives à la gestion des ressources humaines
et de leurs éléments d'appréciation respectifs

3a. La politique des ressources humaines est formalisée en cohérence avec la mission et la stratégie de l'établissement.

- Projet social concerté (ou document équivalent) élaboré en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.
- Connaissance du projet social par les personnels.
- Responsabilités dans la gestion des ressources humaines identifiées, définies et connues des personnels (au niveau de l'établissement et des secteurs d'activité).

3b. Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.

- Politique d'anticipation qualitative des besoins en personnel.
- Politique d'anticipation quantitative des besoins en personnel.
- Outils et indicateurs de gestion prévisionnelle partagés à court, moyen et long terme.

3c. L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.

- Évaluation à périodicité définie des conditions de travail et risques professionnels.
- Plan d'amélioration des conditions de travail.
- Programme concerté de prévention et de prise en charge des infections touchant professionnels.
- Programme concerté de prévention et de prise en charge des accidents touchant professionnels (AES, irradiations, etc.).
- Mise en oeuvre de la politique vaccinale.
- Association des instances (CLIN et CHSCT) et réflexion sur les conditions de travail les risques professionnels lors des opérations de construction et de réhabilitation.

3d. La politique des ressources humaines favorise la motivation des personnels.

- Actions institutionnelles favorisant l'adhésion et la participation des personnels (programme d'intégration, communication, etc.).
- Actions conduites favorisant la motivation des personnels (intérêt, formation, promotion, gestion des carrières, conditions de travail, etc.).

3e. Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement.

- Consultation des instances représentatives des personnels, à périodicité définie, sur les questions relevant de leur compétence, dans le respect de la réglementation.
- Commissions ou groupes de travail des instances.
- Autres modalités prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.
- Suivi des thématiques abordées dans les instances et/ou avec les partenaires sociaux.

8.a Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé.

- Politique de recrutement en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement.
- Identification des responsabilités des différents acteurs.
- Mise en oeuvre de procédures de recrutement.
- Utilisation de fiches et profils de poste.

8.b L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés.

- Dispositif d'accueil des personnels (livret d'accueil du personnel, visite de l'établissement, etc.).
- Dispositif d'intégration des personnels (programme d'intégration commun ou spécifique, tutorat, etc.).
- Suivi de ces dispositifs et réajustement, si nécessaire.

8.c La formation continue contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des professionnels.

- Plan de formation, s'appuyant sur quatre axes : orientations stratégiques de l'établissement, orientations des secteurs d'activité, besoins individuels, formations promotionnelles.
- Association des acteurs à l'élaboration du plan de formation.
- Mise en oeuvre maîtrisée : recueil des besoins, critères de priorisation, politique de choix et d'achat de formations, etc.
- Évaluation des dispositifs pédagogiques et de l'impact en termes de compétence.

8.d L'évaluation des personnels est mise en oeuvre.

- Identification des qualifications et des compétences requises pour l'exercice professionnel.
- Dispositif d'évaluation régulière des compétences professionnelles, y compris médicales, dans tous les secteurs.
- Connexion avec la notation dans le public ou politique promotionnelle et d'intéressement dans le privé.

8.e La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles.

- Disponibilité du dossier : procédures de constitution, mise à jour, accessibilité en temps réel, etc.
- Intégrité du dossier : procédures garantissant la fiabilité et l'exhaustivité, existence d'un système de contrôle, etc.
- Confidentialité du dossier : procédures d'habilitation, formation du personnel, etc.
- Sécurité du dossier : conditions de conservation et d'archivage, etc.
- Appropriation des règles par les professionnels en charge de la gestion du personnel.

44.a Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en oeuvre.

- Dispositif d'évaluation de la politique de GRH (indicateurs pertinents, bilan social, etc.).
- Dispositif de recueil de la satisfaction (enquêtes de satisfaction réalisées à périodicité définie, enquêtes d'opinion, audits sociaux, etc.).
- Analyse et prise en compte des résultats d'évaluation en concertation avec les instances et partenaires sociaux.

Annexe 8
Projet social 2006-2010 du CHU de Fort de France

Le projet social 2006-2010 s'articule autour de cinq axes :

1. une politique harmonieuse de management des ressources pour mettre en œuvre les réformes tout en favorisant le dialogue social
2. un plan d'optimisation des ressources et de gestion dynamique pour adapter les compétences aux besoins
3. des actions pour l'amélioration des conditions de travail
4. un accompagnement des changements liés à l'ouverture de la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (nouvelle maternité)
5. une évaluation du projet social et sa mise en œuvre

Tableau 12 – synthèse des actions du projet social

| Thèmes | Actions |
|--|--|
| Cohésion sociale | <ul style="list-style-type: none"> • Définition et communication de règles claires et partagées • Mise en place des instances de concertation • Implication de l'encadrement de proximité et des directions opérationnelles dans la gestion des conflits • Evénements fédérateurs |
| Changement de culture | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la culture de l'évaluation |
| Politique de communication interne | <ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour du guide des règles de gestion • Mise en place d'une boîte aux lettres « information ressources humaines » • Diffusion de relevés de conclusion des réunions de service ou de réunions transversales messagerie et l'affichage • Communication large des notes de service et d'informations importantes, notamment avec bulletin de salaire |
| Gestion des pôles en favorisant le réinvestissement de l'encadrement dans la gestion qualitative et quantitative des ressources humaines | <ul style="list-style-type: none"> • Clarification des règles de délégation • Elaboration au niveau de la Direction de règles communes et l'affirmation des marges de manœuvre au sein des services • Mise en place des outils d'évaluation |
| Gestion du temps de travail et des effectifs | <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place système de gestion des horaires • Affiner la quantification des moyens de fonctionnement nécessaire par secteur et par métier |
| Evaluation | <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle procédure d'évaluation mise en œuvre afin d'en faire un outil de reconnaissance du travail effectué • Grandes orientations des procédures d'évaluation et de promotion |
| Formation | <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accès direct à la formation au plus grand nombre d'agents, à la fois par la création d'un centre formation interne et par l'organisation de séminaires de formation sur place • Mettre en œuvre des actions transversales comme les |

| | |
|---|--|
| | formations relationnelles, gestion du budget familial, |
| | • Informer sur la formation |
| Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences | <ul style="list-style-type: none"> • Répertoire des métiers • Anticipation des départs et renouvellement des savoirs • Politique sociale : l'accompagnement |
| Gestion des risques professionnels | <ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre du projet qualité |
| Prévention des accidents de travail | <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de chaque déclaration d'accident |
| Prévention de l'absentéisme | <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une commission absentéisme pour l'amélioration de la présence au travail • Concertation avec service concerné par un fort absentéisme • Amélioration des contrôles |

La majorité des actions du projet social sont d'ores et déjà mises en place à plus de 80% au 20 septembre 2007. Selon le directeur du personnel, les actions des thèmes de l'évaluation, de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, de la gestion des pôles et de la gestion du temps de travail et des effectifs sont en voie de réalisation mais nécessiteront encore un peu de temps avant d'être achevées.

Annexe 9

Extrait de la plate-forme de la FHF, « L'heure H »

ADAPTER AUX NOUVEAUX BESOINS LA FORMATION ET LA RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

/// Par une valorisation des métiers et des compétences

41 Redéfinir le contour des métiers de la santé (revoir les décrets de compétence) en favorisant le partage des tâches et en créant de nouveaux métiers.

42 Faciliter les passerelles entre les différents métiers de la santé en lien avec les responsables universitaires, à l'occasion de la réforme LMD.

43 Instaurer des aides à la transition professionnelle : conseil en gestion de carrière, bilan de compétences et propositions de formation adaptées.

44 Définir un programme ambitieux de qualification, de promotion professionnelle et d'amélioration des conditions de travail.

45 Intégrer la FHF, en sa qualité de représentante des employeurs, dans toutes les négociations statutaires menées par l'Etat ou les collectivités territoriales.

46 Prouvoir dans le cadre de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) la formation au management des cadres et des médecins hospitaliers.

47 Développer une politique de promotion et de valorisation des métiers de la santé.

DONNER AUX HÔPITAUX ET AUX ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX LES MOYENS D'AMÉLIORER ENCORE LEUR GESTION

/// Par une plus grande autonomie dans la gestion des ressources humaines

48 Alléger les procédures de recrutement des personnels de la fonction publique hospitalière et des médecins par les établissements. Le directeur et le président de la CME doivent être responsables du recrutement du médecin, par ailleurs nommé au niveau national conformément à un profil de compétences défini par le conseil exécutif de l'établissement (avec une possibilité de recours au niveau national en cas de conflit).

49 Affirmer la spécificité du statut d'EPS pour faciliter le recrutement contractuel des cadres présentant des compétences particulières (ingénieurs, contrôleurs de gestion, hôteliers...).

50 Généraliser les pratiques d'évaluation à l'ensemble des professionnels hospitaliers.

Annexe 10

Eléments de théorie économique des ressources humaines

Les analyses microéconomiques de l'entreprise ne manquent pas. Elles ne sauraient valoir de loi à appliquer sans discernement à l'hôpital, pas plus qu'à l'entreprise privée. En premier lieu parce que ces théories fluctuent pour constituer une véritable histoire des théories économiques. En second lieu parce que la réalité de ces institutions ne se laissent que difficilement théoriser. Toutefois le caractère « d'entreprise de santé » attaché à l'hôpital nous autorise à présenter quelques éléments de théorie économique en estimant qu'ils peuvent utilement – en tenant compte des missions de service public propres aux hôpitaux – nourrir la réflexion.

Extraits de STANKIEWICZ F., *Economie des ressources humaines*, la découverte, Paris, 1999.

Contrôle et incitation du salarié

Dans une organisation complexe et étendue, le contrôle du travail des salariés ne peut se faire de manière directe sans coûts de « *monitoring* » prohibitifs. Dès lors la construction de dispositifs incitatifs auto-exécutables (*self-enforcing*) devient nécessaire. La Fonction publique se trouve confrontée à la problématique de rente salariale, pouvant inciter à un « contre-don », ou bien au contraire au laisser-aller (cette conclusion doit être nuancée au regard de l'expérience historique). La participation des agents à la vie de leur institution, sur le mode du management participatif des entreprises, est de nature à en dynamiser le fonctionnement.

La rente salariale comme cadeau de l'entreprise : « Les modèles de George Akerlof [1982 et 1984], qui constituent une autre version des théories du salaire d'efficacité, dessinent le portrait-robot d'un salarié guidé par un sentiment de justice. S'il s'estime bien traité, gratifié d'une rente salariale ou d'un « don », le travailleur offrira un « contre-don ». Mais cette réciprocité [Cordonnier, 1997] laisse aussi place, en cas d'injustice, à des actes de vengeance dont l'anticipation ne peut que renforcer les engagements souscrits [Fehr *et alii*, 1997]. » (p35).

La peur de perdre son emploi comme aiguillon au travail (?) : « Selon cette approche, l'incitation au travail est d'autant plus forte que le coût anticipé induit par la perte d'emploi est élevé. [...] L'anticipation du chômage, en cas de renvoi, fait qu'on « s'accroche » à son emploi et qu'on adopte des comportements qui réduisent le risque de le perdre. L'idée que le chômage a le pouvoir de discipliner la main-d'œuvre n'est pas nouvelle. » (Fonction régulatrice de l'armée industrielle de réserve chez Marx ; modèle du tire-au-flanc de Carl Shapiro et Joseph Stiglitz [1984]). [...] « Ces conclusions sont logiques si l'incitation au travail varie comme le coût anticipé de la perte d'emploi. [...] Comment expliquer que la rente salariale d'incitation au travail ait produit le chômage des années soixante-dix et quatre-vingt sans engendrer de tels effets négatifs au cours des décennies d'après-guerre ? [...] Au total, il semble que l'explication exclusive du chômage par la rente salariale ne cadre que difficilement avec l'évolution historique. » (p33).

Management participatif. « Dans les années quatre-vingt dix, le Japon connaît à son tour le chômage et la stagnation. Mais le management participatif reste d'actualité. L'entreprise a en effet besoin d'un salarié participant pour des raisons économiques, parce qu'elle est confrontée dans sa recherche concurrentielle de profit, à des exigences accrues de flexibilité, d'adaptabilité et de créativité... Là résident les fondements du pouvoir conféré au salarié (*empowerment*). » (p44)

Nature humaine et réalisme économique : « Le réalisme humain exclut à la fois une vision pessimiste de la nature humaine et une crédulité naïve et bêtifiante en un homme sans défaut. Mais le réalisme économique ne nous donne pas le choix : il exige des salariés acteurs et responsables. Développer les hommes et leur faire confiance est la voie du progrès des entreprises en même temps qu'elle est la voie de la promotion des hommes dans leur être. » - BONNET Y., p21, IDES consultants pour GIAT Industries, 1991.

Rémunération

La question de la rémunération a fait l'objet de très nombreuses recherches. Il peut être intéressant de comprendre les implications humaines, sociologiques, relationnelles et motivationnelles de tel ou tel système dans le cadre d'une réflexion sur la Fonction publique hospitalière. Notons que l'idée d'une part de rémunération liée aux tâches effectuées et aux compétences des agents n'est pas nouvelle.

Système de rémunération (SR) efficace. « Un SR est efficace, du point de vue de l'entreprise, s'il est incitatif et attractif. Le SR est *incitatif* s'il conduit le salarié autonome à sélectionner les actions les plus créatrices de valeur. Un tel comportement est d'autant plus probable que le SR est jugé équitable et qu'il établit un lieu, perçu par le salarié, entre sa contribution et sa rétribution (gain salarial, promotion ou gratification symbolique...). En second lieu, le SR doit être *attractif*, c'est-à-dire permettre à la fois de retenir les meilleurs éléments et d'attirer les meilleurs candidats (sachant que les entreprises ne peuvent toutes pratiquer des salaires supérieurs à la moyenne.

Construire un système paré de toutes ces vertus, permettant de résoudre les problèmes de risque moral et de sélection contraire, constituerait une mission impossible si la rémunération n'était composée que du salaire. En fait la rémunération est un ensemble d'éléments (un salaire de base et des « périphériques ») doté d'une certaine cohérence qui satisfait à des fonctionnalités multiples. Par exemple, une prime individuelle de performance qui stimule l'effort, peut avoir pour effet de briser la coopération. Une solution possible est alors de mixer bonus individuel et intéressement au résultat collectif. [...]

La hiérarchie des objectifs peut ainsi évoluer dans le temps. Par exemple, le système d'emploi à vie des grandes firmes japonaises, adopté pour combattre le turn-over, devient inadapté lorsque les recrutements se réduisent et provoquent une dérive mécanique de la masse salariale sous l'effet du vieillissement de la main-d'œuvre [Nohara, 1998]. Plus généralement, la rupture de croissance et la montée du chômage ont entraîné une révision des principes directeurs de la politique salariale. Ainsi, la rémunération à l'ancienneté, présentée comme incitative par certaines théories est aujourd'hui jugée plutôt sclérosante par les managers. » (p71).

Les deux façons d'évaluer le salarié.

1) *L'emploi comme référence et le salarié comme différence*

« La rémunération attribuée au salarié se compose du salaire de base attaché à l'emploi et d'un complément individuel. La nouveauté ne réside pas dans l'apparition d'un complément, mais dans la modification des critères qui servent à en déterminer le montant : notamment la substitution à l'ancienneté du critère de résultat. [...]

L'enquête annuelle du Ministère du travail établit que les firmes qui n'individualisent pas sont plutôt les petites entreprises (58% des 10 à 49 salariés contre 10% des plus de 2000 en 1997). [...]

Pour les gestionnaires, le problème n'est pas seulement de formaliser un système jugé objectif mais aussi de surmonter les réticences des hiérarchiques chargés des entretiens périodiques d'évaluation. Ceux-ci peuvent craindre les tensions et être soucieux d'autolégitimation. Enfin le système peut tomber en désuétude si l'évaluation n'est pas suivie d'effets ou si les enjeux sont modestes.

2) *de l'emploi aux compétences comme référentiel*

L'entreprise détermine le salaire de base d'un travailleur en fonction des seules compétences certifiées. Les raisons d'un tel changement peuvent être les suivantes. En premier lieu, un emploi formellement identique peut correspondre à des activités et à des compétences différentes. [...] En second lieu, un découpage en postes peut se révéler rigide lorsque la production est changeante. [...] Enfin, la structuration par emplois conditionne la mobilité des salariés à l'existence des postes vacants. Une stagnation de l'effectif ajoutée à des départs en retraite peu nombreux aboutit à un « blocage des carrières ». » (pp80-82.)

L'organisation rigide et ses conséquences

Le facteur travail est considéré comme quasi fixe ; ses marges d'ajustement restent limitées. Ces données ont conduit des entreprises à se recentrer sur leur cœur de métier. Toutefois, même dans une entreprise de production unique, et compte tenu de la rigidité du recrutement, le salarié sera appelé à exercer des tâches mouvantes.

Le travail comme facteur de production quasi fixe. « Selon le concept proposé par Walter Oi [...], un facteur quasi fixe est un « facteur dont les coûts d'emploi totaux sont en partie variables et en partie fixes » (p539) » (p51).

L'influence des coûts d'ajustement de l'emploi. « Les surcoûts induits par les ajustements du temps de travail comparés aux coûts d'ajustement de l'emploi déterminent les modalités de variation de la quantité de travail mais peuvent aussi influencer son niveau. Ainsi une forte protection de l'emploi perturbe le processus de destruction/création d'emploi [Garibaldi, 1998]. » (p52)

Construire une organisation réactive et proactive. « Le recentrage de l'entreprise sur ses métiers de base (*core competences*) peut s'expliquer par l'augmentation du seuil critique d'excellence mais l'externalisation (*outsourcing*) peut avoir aussi pour objectif l'instauration de nouveaux rapports sociaux plus incitatifs de type client/fournisseur. L'objectif d'une entreprise réactive (capable de s'adapter) et proactive (capable d'exploiter les opportunités) induit aussi des reconfigurations de la division horizontale et verticale du travail. » (p56).

Travail indescriptible. « En fait l'employeur ignore en partie, au moment où il embauche un salarié, ce que sera le contenu de son travail. On parlera de travail indescriptible pour désigner ce type d'incertitude. En premier lieu l'amortissement du coût d'entrée impose une durée minimale d'emploi au cours de laquelle les produits et les techniques peuvent changer. [...] En règle générale, le travail n'est que partiellement indescriptible. L'organisation, au travers de ses règles et de ses procédures, joue comme un réducteur d'incertitude. Toutefois les règles ne règlent pas tout. En premier lieu tout n'est pas procéduralisable. [...] En second lieu, les procédures sont des solutions fossilisées et l'initiative de l'acteur réside dans la sélection des procédures. » (p63).

Le climat social

Les analyses économiques portent également sur les relations interpersonnelles. Il a par exemple été montré que l'absence totale de frictions n'était pas nécessairement synonyme de gain. La prévention systématique des dysfonctionnements engendre en effet un coût. Il apparaît en outre que l'amélioration objective des situations des acteurs ne débouche pas sur une diminution des frictions.

Le « zéro-dysfonctionnement » : antiéconomique. « Les dysfonctionnements, pour autant qu'ils ne résultent pas de forces exogènes non maîtrisables, peuvent se pérenniser parce qu'il est plus rentable pour l'entreprise de les réguler *ex post* que de les prévenir *ex ante*. Le zéro-dysfonctionnement ne constitue donc pas, en règle générale, un objectif économique souhaitable. [...] On pourrait imaginer que les situations +/+ induisent naturellement la coopération. Elles sont, en réalité, source possible de conflits. » (p96).

Le coût de négociation est incontournable. « Certes le coût de négociation, en tant qu'il constitue une dépense improductive, doit être réduit autant que possible et ceci justifie de rechercher des procédures alternatives au conflit ouvert dont le rapport coût/efficacité pourrait être supérieur. En même temps, le coût de négociation reflète aussi le pouvoir, plus ou moins équilibré, des parties en présence. » (p106).

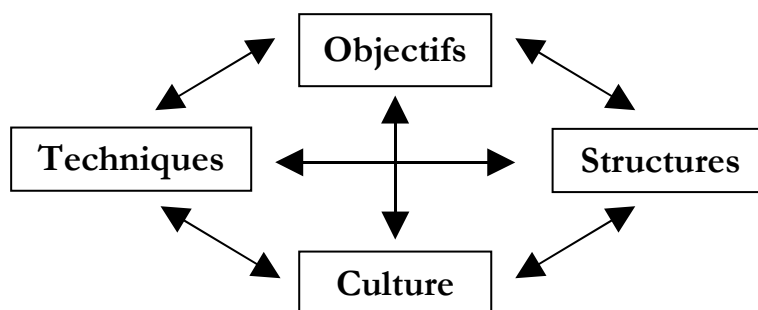
Annexe 11 La question de la culture d'entreprise

L'hôpital s'organise incontestablement autour de techniques (surtout médicales) et de structures (organisation législative et réglementaire, immobilier) dont le fonctionnement tend à effacer la dimension « objectifs » et la culture de l'entreprise. S'il est admis qu'un hôpital soigne, cela ne suffit pas à faire vivre cette culture (locale) d'entreprise ni à faire partager par tous les agents les objectifs de la structure.

Revenons sur quelques notions sociologiques relatives à la culture d'entreprise.

Extraits de MORIN P., DELAVALLÉE E., *le Manager à l'écoute du sociologue*, Editions d'Organisation, Paris, 2000.

Tableau 13 - L'organisation : un système composé de 4 sous-systèmes



L'organisation comme système social, donc culturel. « La culture a longtemps été absente des représentations systémiques de l'organisation. Depuis deux bonnes décennies, elle apparaît cependant dans tous les modèles. M. Crozier (1989) fait même du gouvernement par la culture une des caractéristiques principales des entreprises postindustrielles. Il faut sans doute y voir le signe d'une nécessité plus grande pour le management d'appréhender l'organisation aussi comme un système social. Le recours à cette notion dans et par l'action nécessite cependant d'apporter des éléments de réponse à des questions du type : Quelles ont les origines de la notion de culture ? Pourquoi pénètre-t-elle le monde du management ? Qu'entend-on par culture d'entreprise, deux termes qui mis côte à côte ont longtemps détonné ? Comment mettre en évidence la culture d'une entreprise ? » p12

Valeurs déclarées et valeurs opérantes : « Les valeurs figurant dans un projet ou dans une charte d'entreprise relèvent souvent plus d'une idéologie proclamée que de la culture proprement dite. Elles témoignent de ce que les salariés devraient croire pour que l'entreprise soit performante plutôt que de ce qu'ils croient réellement. A ce propos, C. Argyris et D.A. Schön (1978) font une distinction intéressante entre les valeurs opérantes, celles qui composent la culture et qui interviennent dans les comportements quotidiens, et les valeurs déclarées qui, elles, relèvent du discours et sont plus les valeurs de la direction générale que les valeurs de l'entreprise, c'est-à-dire celles partagées par la majeure partie de ses membres. Les valeurs déclarées, qui relèvent de l'idéologie, sont au mieux une illustration des valeurs opérantes. » p60.

Un « balisage » plutôt qu'un déterminisme culturel. « Les valeurs, croyances, normes de comportement, ... qui composent la culture d'entreprise préstructurent plutôt que déterminent nos comportements. Face à un problème, elles limitent l'éventail des solutions possibles. [...] : certaines Moins que de déterminer mécaniquement nos comportements, la culture influence les possibilités de réponse à un problème donné. Elle « balise » la situation et fait ainsi obstacle à certains possibles tout en favorisant d'autres alternatives solutions sont plus acceptables et légitimes que d'autres. » p98.

Annexe 12

Changements affectant les ressources humaines dans les hôpitaux européens

En 2002 l'Observatoire européen des systèmes de santé de l'OMS¹³⁴ recensait un certain nombre de difficultés rencontrées par les hôpitaux européens dans leur gestion des ressources humaines. Les réponses à ces difficultés ne peuvent être identiques dans l'ensemble des pays européens, compte tenu de cultures et de législations très variables.

Cette étude témoigne cependant de similitudes dans les préoccupations des gestionnaires européens. Elle peut, à ce titre, éclairer la réflexion des directeurs d'hôpital français. Nous traduisons ci-dessous un tableau synthétique de cette étude.

Tableau 14 – changements affectant les ressources humaines dans les hôpitaux européens

| Incitations au changement | Changement | Contraintes |
|----------------------------|--|---|
| Maîtrise des coûts | Décentralisation de gestion et flexibilité de l'emploi | Marché du travail ou évolution démographique |
| Amélioration de la qualité | Diffusion des compétences et remplacement (skill mix and substitution) | Insuffisance du management Déficit de capacité de formation |
| Manque de compétences | Réorganisation de l'hôpital | Régulation des professions de santé Opposition des associations de professionnels ou des syndicats |

¹³⁴ EUROPEAN OBSERVATORY FOR HEALTH CARE SYSTEMS, MCKEE M., HEALY J., *Hospitals in a changing Europe*, 2002

Annexe 13 **« service public 2012 »**

Dans son allocution prononcée à l'occasion de la visite de l'Institut Régional d'Administration à Nantes, le 19 septembre 2007, le Président de la République a exposé son intention de construire un « pacte qu'[il] appelle « service public 2012 » ». Le Ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique et le Secrétaire d'Etat à la Fonction publique sont chargés de préparer des « engagements simples, envers les citoyens et envers les fonctionnaires » à mettre en œuvre pendant le quinquennat du Président.

Plus que du « service public » c'est de la Fonction publique dont il est question. Le Président souhaite « rendre effectif le droit à la mobilité », remettre en question l'organisation en corps, qui « doit devenir progressivement l'exception » et être remplacée par une gestion par métier. Il annonce son intention d'individualiser la gestion des ressources humaines, notamment dans le domaine de la rémunération « pour qu'il soit davantage tenu compte du mérite, de l'implication, de l'expérience, des résultats ».

Les nouveaux entrants dans la Fonction publique auraient le choix entre la signature d'un contrat de droit privé et le bénéfice du statut de la Fonction publique.

Par ailleurs, le principe du concours est remis en cause : « Pas de véritable échappatoire au carcan des statuts si le concours continue d'être la seule et unique règle pour la promotion et pas de brassage, pas d'ouverture, pas de diversité non plus si les épreuves restent aussi académiques, aussi peu en rapport avec les compétences et l'expérience de chacun. »

Un « conseil de modernisation des politiques publiques » sera présidé par le Président de la République à partir de novembre et assurera le suivi des actions mises en œuvre.

Annexe 14

Liste des entretiens réalisés

| | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|--|--|
| Ministère | Louis-René AUBENAS | Chef du bureau « Politique de ressources humaines et réglementation générale des personnels hospitaliers », DHOS | Paris, le 12 juin 2007 |
| | Linda CHERTOUILA | Adjointe au chef du bureau « Professions paramédicales et statuts des personnels hospitaliers », DHOS | Paris, le 14 juin 2007 |
| FHF | Hélène BOYER | Responsable des ressources humaines à la FHF | Paris, le 11 juin 2007 |
| AP-HP | Hélène DE FAVERGES | Directeur d'hôpital, pôle AVEC (appui, veille, évaluation, contrôle) de l'AP-HP | Paris, le 11 juin 2007 |
| | Philippe TOUZY | Chef du Département Prospective Emplois et effectifs de la DPRS | Paris, le 15 juin 2007 |
| | Marie-Thérèse SACCO | Chef du Département Gestion Individuelle des Carrières, DDRH | Paris, le 15 juin 2007 |
| | Françoise PIVIN | Chargée de mission Prospective métiers-compétences à la DPRS | Paris, le 15 juin 2007 |
| PSPH | Claire INIZAN | DGA de la Fondation Saint-Joseph | Paris, le 12 juin 2007 |
| SNCH | Philippe EL SAÏR | Directeur du CH de Villefranche-sur-Saône, président du SNCH | Entretien téléphonique, le 20 juillet 2007 |
| AP-HM | Didier STINGRE | Directeur adjoint à la DRH de l'AP-HM | Entretien téléphonique, le 2 août 2007 |
| CNEH | Delphine JAAFAR | Avocate, spécialiste du droit public | Paris, le 12 juin 2007 |
| ARH de la Martinique | Jeanne-Marie GERCÉ | Chargée de mission Ressources humaines à l'ARH | Fort-de-France, le 6 août 2007 |
| CHU de Fort-de-France | Bernard CAVIGNAUX | Directeur Général Adjoint | Fort-de-France, le 19 juillet 2007 |
| | Hervé MAGOTT | Directeur des Affaires Financières | Fort-de-France, le 1 ^{er} août 2007 |
| | Jean-Yves TEXIER | Directeur des Affaires Médicales | Fort-de-France, le 8 août 2007 |
| | Jean-Louis BALMELLE | Directeur des Services Economiques | Fort-de-France, le 19 juillet 2007 |
| | Patrick RENÉ-CORAIL et Danièle QUIST | Président de la CME et vice-présidente de la CME | Fort-de-France, le 1 ^{er} août 2007 |
| | Robert VIRGAL | Attaché d'Administration Hospitalière à la DRH | Fort-de-France, le 19 juillet 2007 |
| | Mirella SAINT-AIMÉ | Chef de bureau à la DAF | Fort-de-France, le 22 août 2007 |
| | Alain ANDRY | Responsable Etudes à la DRH | Fort-de-France, le 7 août 2007 |
| | Albert TOUSSAINT | Cadre Supérieur de Santé à la Coordination Générale des Soins | Fort-de-France, le 3 août 2007 |
| | Félix CATHERINE | Ancien représentant du personnel, CDMT | Fort-de-France, le 2 août 2007 |
| | Claude AGATHINE | Cadre Supérieur de Santé | Fort-de-France, le 3 août 2007 |
| | Eliane ESPARTERO | Infirmière Diplômée d'Etat | Fort-de-France, le 13 août 2007 |
| | Annie COLLOT et José ADENET | Représentants du personnel, CGT | Fort-de-France, le 8 août 2007 |

NB : L'ensemble des interlocuteurs s'est exprimé à titre personnel. Les propos recueillis n'engagent en aucune manière l'institution ou le service d'appartenance de leurs auteurs.

Annexe 15

Exemples de grilles d'entretien

Ces deux exemples de grilles d'entretien sont reproduites à titre indicatif.

Entretien avec M. Louis-René Aubenas, Chef du bureau « Politique de ressources humaines et réglementation générale des personnels hospitaliers », DHOS

L'organisation du ministère

- depuis quand êtes vous en charge des personnels hospitaliers ?
- quels sont vos liens avec le Ministère de la Fonction publique ?
- avez-vous déjà formulé des propositions d'évolution de la Fonction publique hospitalière ? si oui, lesquelles ?

Hôpital 2007

- le plan hôpital 2007, avec sa réforme de l'organisation interne, du mode de financement et le renforcement des investissements a-t-il suffisamment pris en compte le volet ressources humaines (hors celui des directeurs) ? l'objectif de cohérence de la réforme est-il atteint ?

Les difficultés du statut

- comment vous sont relayés les revendications concernant le statut des personnels ? De la part de qui ?
- les revendications/remarques que vous recevez portent-elles essentiellement sur le statut ou sur des demandes d'aménagement de son application ?
- le statut de la Fonction publique vous paraît-il appliqué dans l'esprit des titres I et IV ? > préciser
- avec hôpital 2007, la décision se veut plus proche du terrain, plus responsabilisante (cf. financement, nouvelle gouvernance) : le statut procède-t-il de la même démarche ?

Les marges de manœuvre aux établissements

- une modernisation du statut est-elle envisagée ? si oui, dans quelle mesure ?
- quelles sont, selon vous, les principales garanties apportées par le statut au niveau national et au niveau des établissements ?
- pourrait-on imaginer des dérives à décentraliser la gestion des personnels ?

*

Grille d'entretien avec les directeurs du CHU de Fort de France

- Comment décrivez vous l'évolution du rapport au travail depuis 20 ans ?
- Y a-t-il un attachement des Français au statut de la Fonction publique ? comment se manifeste-t-il ?
- Depuis quelques années le ministère et les établissements adoptent une approche « métier ». Est-ce une bonne chose pour les établissements ? et pour les agents ?
- Pensez-vous que la direction du CHU de Fort de France applique correctement les dispositions du statut ?
- Avez-vous le sentiment que les RH sont perçues comme l'élément moteur de la stratégie du CHU ?
- Les réformes récentes ont pour logique une plus grande réactivité des établissements et une meilleure adéquation des moyens aux besoins. Est-ce compatible avec les règles de GRH actuelles ?
- Que manque-t-il pour garantir une vraie mobilité aux agents ? que changer dans le statut pour améliorer cette mobilité ?
- Comment pourrions-nous adopter une réflexion sur les RH qui dépasse le CHU (avec les autres établissements de Martinique, par exemple) ?
- Pensez-vous que la marge de manœuvre laissée au niveau local soit suffisante ?
- Comment faire pour associer les organisations syndicales à une gestion collective plus ambitieuse et de long terme ?
- Comment voyez-vous l'évolution des règles applicables aux RH dans les établissements hospitaliers ?

Liste des Tableaux

| | |
|--|-----|
| Tableau 1 - Ecart synthétique de coûts du travail par secteur avec la structure d'emplois de l'hôpital public..... | 47 |
| Tableau 2 – architecture des textes de la Fonction publique hospitalière (extrait de Derenne & Lamy)..... | II |
| Tableau 3 – données sur l'emploi en Martinique..... | IV |
| Tableau 4 - Effectifs du CHU au mois de juillet 2007..... | V |
| Tableau 5 - Evolution des effectifs en ETP depuis 2002 par catégorie et statut (P=permanents, C=contractuels temporaires)..... | V |
| Tableau 6 - Nombre de postes vacants depuis plus de trois mois – septembre 2007..... | V |
| Tableau 7 - Estimation des besoins en nouvelles qualifications – septembre 2007..... | V |
| Tableau 8 - Mobilité..... | V |
| Tableau 9 - Nombre de jours de grève observés par les infirmiers et aides-soignants..... | VI |
| Tableau 10 - Nombre de jours retenus par grade pour absence injustifiée, en 2006..... | VI |
| Tableau 11 – répartition des dépenses de personnel non médical en juin 2007..... | VI |
| Tableau 12 – synthèse des actions du projet social..... | XIV |
| Tableau 13 - L'organisation : un système composé de 4 sous-systèmes..... | XX |
| Tableau 14 – changements affectant les ressources humaines dans les hôpitaux européens..... | XXI |

Sources et Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

DIRECTIVE 1999/70 CE du Conseil du 28 juin 1999 CONCERNANT L'ACCORD-CADRE CES, UNICE ET CEEP SUR LE TRAVAIL À DURÉE DÉTERMINÉE.

LOI ORGANIQUE n°2001-692 du 1^{er} août 2001 RELATIVE AUX LOIS DE FINANCES. Journal Officiel n° 177 du 2 août 2001, page 12480.

LOI ORGANIQUE n° 2005-881 du 2 août 2005 RELATIVE AUX LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. Journal Officiel n° 179 du 3 août 2005, page 12633.

LOI n°83-634 du 13 juillet 1983 (titre I du statut général), PORTANT DROITS ET OBLIGATIONS DES FONCTIONNAIRES. Journal Officiel "Lois et Décrets" du 14 juillet 1983, page 2174.

LOI n°86-33 du 9 janvier 1986 (titre IV), PORTANT DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES À LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE. Journal Officiel "Lois et Décrets" du 11 janvier 1986 page 535.

LOI n°91-748 du 31 juillet 1991 PORTANT RÉFORME HOSPITALIÈRE. Journal Officiel n° 179 du 2 août 1991.

LOI du 7 août 1851 sur les Hôpitaux et Hospices. Publiée au Recueil DUVERGIER page 332.

LOI n° 2005-843 du 26 juillet 2005 PORTANT DIVERSES MESURES DE TRANSPOSITION DU DROIT COMMUNAUTAIRE À LA FONCTION PUBLIQUE. Journal Officiel n° 173 du 27 juillet 2005 page 12183.

LOI n° 2007-148 du 2 février 2007 DE MODERNISATION DE LA FONCTION PUBLIQUE. Journal Officiel n° 31 du 6 février 2007 page 2160.

LOI n°46-2294 du 19 octobre 1946 et ORDONNANCE 59-244 du 04 février 1959 RELATIVE AU STATUT GÉNÉRAL DES FONCTIONNAIRES. Journal officiel "Lois et Décrets" du 08 février 1959, page 1747.

LOI n°2000-1257 du 23 décembre 2000 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2001. Journal Officiel n° 298 du 24 décembre 2000, page 20558.

LOI n° 2005-843 du 26 juillet 2005 PORTANT DIVERSES MESURES DE TRANSPOSITION DU DROIT COMMUNAUTAIRE À LA FONCTION PUBLIQUE. Journal Officiel n° 173 du 27 juillet 2005, page 12183.

LOI N° 2001-2 DU 3 JANVIER 2001 RELATIVE À LA RÉSORPTION DE L'EMPLOI PRÉCAIRE ET À LA MODERNISATION DU RECRUTEMENT DANS LA FONCTION PUBLIQUE AINSI QU'AU TEMPS DE TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE. Journal Officiel n°3 du 4 janvier 2001 page 96

LOI N° 2002-73 DU 17 JANVIER 2002 DE MODERNISATION SOCIALE. Journal Officiel n° 15 du 18 janvier 2002 page 1008

ORDONNANCE n° 2005-406 du 2 mai 2005 SIMPLIFIANT LE RÉGIME JURIDIQUE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ. Journal Officiel n° 102 du 3 mai 2005, page 7626.

DÉCRET en Conseil d'Etat 55-683 du 20 mai 1955 PORTANT STATUT GÉNÉRAL DU PERSONNEL DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION, DE SOINS OU DE CURE PUBLICS (recrutement, rémunération, notation et avancement, discipline, positions : activité, congés, détachement, disponibilité, position sous les drapeaux, cessations de fonctions, pensions et sécurité sociale). Publié au Journal Officiel "Lois et Décrets" du 22 mai 1955, page 5208.

DÉCRET n° 2002-9 du 4 janvier 2002, RELATIF AU TEMPS DE TRAVAIL ET À L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS LES ÉTABLISSEMENTS MENTIONNÉS À L'ARTICLE 2 DE LOI n° 86-33 du 9 janvier 1986 PORTANT DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES À LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE. Journal Officiel n° 4 du 5 janvier 2002, page 316.

DÉCRET n°2005-1474 du 30 novembre 2005 RELATIF À L'ÉTAT DES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ. Journal Officiel n° 279 du 1 décembre 2005, page 18593.

ARRÊTÉ du 24 mars 1967 MODIFIANT LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE PRIMES DE SERVICE AUX PERSONNELS DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION, DE SOINS OU DE CURE PUBLICS. Journal Officiel du 5 avril 1967, page 3370 et rectificatif Journal Officiel du 12 mai 1967.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, protocole d'accord sur le développement du dialogue social, la formation, l'amélioration des conditions de travail, l'action sociale et les statuts des personnels de la Fonction publique hospitalière 2006-2009, établi entre les Organisations sociales CFDT, FO, UNSA, CFTC, CFE-CGC et le Gouvernement. Octobre 2006

Ouvrages

- DERENNE O., LAMY Y., *les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*, Editions ENSP, Rennes, 9^{ème} édition à jour au 1^{er} avril 2007.
- MORIN P., DELAVALLÉE E., *le Manager à l'écoute du sociologue*, Editions d'Organisation, Paris, 2000.
- STINGRE D., *La Fonction publique hospitalière*, PUF, Paris, 2006.
- PERNOT J-M., *Syndicats : lendemains de crise ?*, Gallimard, Paris, 2005.
- STANKIEWICZ F., *Economie des ressources humaines, la découverte*, Paris, 1999.

Articles de presse

- BRIAND Y. « Articuler le statut de la Fonction publique hospitalière avec le contrat individuel ? Pourquoi pas ? », *Le Concours Médical*, 2004/11/03 ; V:126, N:32. 1185-7
- CASANOVA G., MOURNAUD J. « Droits et obligations statutaires : quelles évolutions sont jurisprudentielles ? », *Actualités Jurisanté*. 2006/09. N55 ; 10-15
- COUTY E., « La culture du résultat dans la Fonction publique est-elle compatible avec les enjeux de la santé ? », *Les Cahiers hospitaliers*. 2006/02, N : 220. 10-12
- DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G.. « Modernisation du statut de l'hôpital public. Les dangers et les atouts de la réforme », *Revue Hospitalière de France*, 2003/09-10, N : 494. 52-54
- DE FAVERGES H. « 1986-2006 : du statut à la reconnaissance des nouveaux métiers à l'hôpital ? », *Actualité Jurisanté*. 2006/09. N55 ; 5-9

- DOMIN J-P, « Le Management est-il soluble dans l'organisation hospitalière ? », *Gestions hospitalières*, 2003/11. N : 430 ; 670-4
- Hospimedia : « Médecins mercenaires : une question récurrente toujours sans réponse », 22/12/06
- JAAFAR D. « Le statut de la Fonction publique 20 ans après... Vers une culture du contrat ? » *Actualités Jurisanté*. 2006/09. N55 ; 19-22
- JAAFAR D., « Le statut : quel champ d'application ? », *Actualités Jurisanté*, 2005/03-04, N:49. 4-7
- Journal de l'Association des Directeurs d'Hôpital*, n°10 juillet-août 2007
- Service Public*, dossier : « Mobilité : pouvoir bouger pour évoluer ». 2006/11-12 ; N124 ; 20
- Service Public*, dossier : « Modernisation de la Fonction publique : un projet de réforme en marche. » 2006/10-12 ; 15-17
- VERRIER B. « Du statut au métier », *les Cahiers hospitaliers*, 2005/01, N:2008. 21-2

Rapports et études

- COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE, *rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, 19 mars 2003, déposé par le député COUANAU.
- CONSEIL D'ETAT, *Perspectives pour la Fonction publique*, rapport public 2003.
- COUR DES COMPTES, rapport public thématique « *Les personnels des établissements publics de santé* », mai 2006.
- DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G., rapport de la Mission sur « *la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale* » (projet Hôpital 2007), avril 2003.
- DEPARTMENT OF HEALTH, *Health reform in England: update and next steps*, 2005.
- EUROPEAN OBSERVATORY FOR HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (OMS), *Human resources for Health in Europe*, 2006.
- EUROPEAN OBSERVATORY FOR HEALTH CARE SYSTEMS, MCKEE M., HEALY J., *Hospitals in a changing Europe*, 2002.
- IGAS-IGF, *rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières*, juillet 2005.
- IGAS, COSTARGENT G., LE COZ G., *développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires*, juillet 2003.
- IGAS, BARTOLI F., BRAS P-L., *Tarifification à l'activité et écarts de coût du travail entre les établissements publics et PSPH*, mars 2007.
- INSTITUT MONTAIGNE, SILBER D., *Hôpital, le modèle invisible*, juin 2005.

Mémoires

- ENA, PROMOTION AVERROËS, séminaire d'administration comparée, « *La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques* », juillet 1999
- LARIVEN S., *Faisabilité et limites d'une déconcentration de la gestion des ressources humaines par pôle d'activité à l'hôpital*, 2002, mémoire EDH ENSP.

Sites Internet

- DOCUMENTATION FRANÇAISE : www.vie-publique.fr
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES, informations sur la Martinique : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/martinique/home/home_page.asp
- LEGIFRANCE : www.legifrance.gouv.fr
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, RÉFORMES HOSPITALIÈRES. Site d'information sur les réformes hospitalières : <http://www.reformes-hospitalieres.com/accueil/index.php>

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. www.fonction-publique.gouv.fr

NATIONAL HEALTH SERVICE (Royaume-Uni) : www.nhs.uk

AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE MARTINIQUE :
<http://www.parhtage.sante.fr/re7/mar/site.nsf>

PRÉFECTURE DE LA RÉGION MARTINIQUE : <http://www.martinique.pref.gouv.fr>

PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE : <http://www.elysee.fr>

SITE DU JOURNAL *LE MONDE* : <http://www.lemonde.fr>

UNION EUROPÉENNE, portail Internet : <http://europa.eu.int>

Documents produits par le CHU de Fort de France

PROJET D'ÉTABLISSEMENT du CHU DE FORT DE FRANCE, projet social 2006-2010, mars 2006
Principes de contractualisation interne, gestion des ressources humaines, CHU DE FORT DE FRANCE, DRH,
19 juin 2007

Document d'orientation du Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail, CHU de Fort de
France, présentation au CHSCT du 30 août 2007.

ÉTAT PRÉVISIONNEL DES RECETTES ET DES DÉPENSES pour 2007, CHU de Fort de France

Enquête *Information Sociales* pour l'ARH, CHU de Fort-de-France, DRH, 21 septembre 2007

Autres

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation*,
édition 2007. disponible sur Internet : www.has-sante.fr

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE, *l'heure H, 65 propositions pour l'avenir du service public
hospitalier*, 2006. disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr>

AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ÎLE-DE-FRANCE, *Démarche Métiers-Compétences 2012*,
Guide Pratique de Mise en œuvre à destination des établissements de santé. disponible sur Internet :
<http://www.c2rsante.fr/metiers-competences2012/>