



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital**

*Date du Jury : décembre 2000*

---

**LES PROBLEMES  
DE RESSOURCES HUMAINES  
ET LA COOPERATION HOSPITALIERE**

---

**Frédérique COLLOBET**

# SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LES ACTIONS DE COOPÉRATION CONTRAIGNENT À DES MODIFICATIONS IMPORTANTES DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES HOSPITALIÈRES.....</b>	<b>7</b>
1.1 UNE OPPORTUNITÉ DE PARVENIR À UNE GESTION PLUS EFFICIENTE DU PERSONNEL.....	7
1.1.1 <i>La coopération confère des éléments de souplesse à la gestion des ressources humaines .....</i>	<i>7</i>
1.1.1.1 La coopération atténue la contrainte globale de l'offre, liée aux difficultés de recrutement et de mobilité des agents. 7	
1.1.1.2 La coopération avec d'autres structures constitue pour les établissements une incitation à réfléchir sur une meilleure organisation du travail hospitalier. ....	11
1.1.1.3 La coopération peut induire une diminution des charges de personnel des établissements, sans engager la qualité de leurs prestations. ....	22
1.1.1.4 La coopération représente, par les évolutions d'activité et d'organisation qu'elle induit, une opportunité particulière de motivation au travail des agents hospitaliers. ....	24
1.1.2 <i>De nombreux obstacles statutaires s'opposent néanmoins à la mobilité et au redéploiement des agents</i> 28	
1.1.2.1 Les obstacles posés à la mobilité du personnel par le statut des personnels médicaux et para-médicaux sont nombreux. ....	29
1.1.2.2 Les obstacles financiers peuvent handicaper la mise en oeuvre d'une politique active de redéploiement par les établissements engagés dans une action de coopération. ....	37
1.1.2.3 La gestion sociale des redéploiements est largement confiée à l'autonomie des établissements. ....	44
Même si elle est facilitée par la mise à la disposition des établissements d'outils financiers d'accompagnement social, la gestion des redéploiements induits par les actions de coopération est dans une large mesure laissée à l'autonomie des établissements. ....	44
1.2 DES MODIFICATIONS IMPORTANTES DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES PEUVENT DÉCOULER DE LA COOPÉRATION HOSPITALIÈRE. ....	51
1.2.1 <i>La gestion de l'impact de la coopération hospitalière sur les effectifs est menée avec souplesse par les responsables hospitaliers. ....</i>	<i>51</i>
1.2.1.1 L' impact de la coopération sur les effectifs hospitaliers est géré de façon à en limiter l'ampleur et à en lisser l'effet dans le temps. ....	52
1.2.1.2 Le mode de gestion des problèmes de ressources humaines posés par la coopération est animé par la volonté de limiter les conséquences de la coopération sur les effectifs. ....	60
1.2.1.3 Des moyens souples de gestion des sureffectifs sont mobilisés, afin de limiter les départs. ....	62
1.2.2 <i>Les modifications peuvent concerner les aspects les plus essentiels de la gestion des ressources humaines. ....</i>	<i>65</i>
1.2.2.1 La coopération peut conduire les agents à changer d'employeur ou de lieu de travail. ....	66
1.2.2.2 Une coopération poussée contraint à une refonte totale des règles de gestion des ressources humaines. ....	69

<b>2</b>	<b>MÊME SI LA QUESTION DU PERSONNEL VIEN EN SECOND DANS LA LOGIQUE DE MISE EN PLACE D'UNE COOPÉRATION, UNE GESTION FINE DES PROBLÈMES POSÉS EN TERME DE PERSONNEL PAR LA COOPÉRATION EST LA CONDITION ESSENTIELLE DE SA RÉUSSITE.</b> .....	<b>75</b>
2.1	LES PROBLÈMES DE RESSOURCES HUMAINES: UNE DONNÉE ESSENTIELLE DE LA GESTION DES ACTIONS DE COOPÉRATION.....	75
2.1.1	<i>Un aspect qui n'apparaît qu'en second lieu dans la logique d'engagement d'une coopération</i> .....	75
2.1.1.1	L'objectif d'amélioration de l'efficience de la gestion des ressources humaines, poursuivi par les actions de coopération, est marginal.....	76
2.1.1.2	L'aspect des conséquences de la coopération sur la gestion des ressources humaines n'est pas toujours anticipé assez finement par les établissements.....	79
2.1.2	<i>Une gestion laissée, en majeure partie, à l'autonomie des établissements</i> .....	82
2.1.2.1	La nécessité d' une coordination régionale poussée.....	82
2.1.2.2	L'intérêt d' un appui stratégique et méthodologique.....	83
2.2	LE PERSONNEL: UN RÔLE DÉTERMINANT DANS L'INSTAURATION D'UNE DYNAMIQUE DE COOPÉRATION ...	84
2.2.1	<i>La nécessaire appropriation du projet de coopération par les agents passe par un processus de large concertation</i> .....	85
2.2.1.1	L'appropriation du projet par les agents est la condition première de sa réussite. ....	85
2.2.1.2	L'élaboration du projet, ainsi que la gestion de ses conséquences sociales, doit reposer sur une large concertation interne .....	89
2.2.2	<i>La nécessaire promotion du changement auprès des agents</i> .....	95
2.2.2.1	La nécessité de vaincre les freins culturels posés à la coopération.....	95
2.2.2.2	L'exigence de simplification du processus de coopération .....	99
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>103</b>

## REMERCIEMENTS

Je tiens à vivement remercier de leur aimable disponibilité et de la richesse de leur contribution les acteurs du système hospitalier rencontrés, à l'occasion de l'élaboration de cette étude, en région Ile-de-France.

Par l'apport de leurs diverses expériences de coopération hospitalière, ils ont dans une large mesure contribué à éclairer une problématique peu étudiée par la littérature spécialisée, mais qui revêt une importance particulière pour la gestion hospitalière.

Mes remerciements sont particulièrement adressés à :

Mme Anatole, Secrétaire Générale Adjointe du SIH de Evreux – Vernon.

Mme Bourgine, Directrice des Ressources humaines du Centre Hospitalier de Rambouillet.

M. Cabon, Direction des Hôpitaux.

M. Dogué, Directeur des Ressources humaines du Centre Hospitalier de Poissy – Saint Germain.

M. Dumeige, Directeur des Ressources humaines du Centre Hospitalier de Eaubonne – Montmorency.

M. Gaquière, Directeur des Ressources humaines du Centre Hospitalier de Evry – Corbeil.

Mlle Nael, Directrice des Ressources humaines du Centre Hospitalier de Montfermeil – Le Raincy.

M. Nestar, Chef du Bureau FH 1, Direction des Hôpitaux.

M. Pellé, Directeur des Ressources humaines du Centre Hospitalier Spécialisé de Maison Blanche.

M. Pradel, Directeur des Ressources humaines du Centre Hospitalier Spécialisé de P. Guiraud.

Mme Thorez, Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France.

M. Ventura, Direction des Hôpitaux.

Je remercie également de leurs précieux conseils les tuteurs de cette étude :

M. Lucas, Directeur d'hôpital, Professeur à l'ENSP.

Mme Fardeau, Professeur à l'Université Paris I Panthéon – Sorbonne, Chercheur à l'INSERM.

Mme Kerleau, Professeur à l'Université Paris I Panthéon – Sorbonne, Chercheur à l'INSERM.

# INTRODUCTION

La rationalisation des ressources dévolues au système de santé fait obligation aux établissements de santé de réaliser des soins médicaux de qualité, dans le cadre de dépenses de santé maîtrisées.

Cette exigence a été rappelée avec force par le SROS Ile-de-France de 1999-2004, qui souhaite pour cette raison que l'évolution du dispositif hospitalier porte sur des aspects nouveaux de l'aménagement de l'offre, tels les " implantations géographiques, correctifs à apporter à certaines incohérences organisationnelles ou à des déséquilibres de localisation, réponses à des questions nouvelles comme les relations entre les établissements de santé". Dans le cadre de cette exigence de recomposition rapide du tissu hospitalier, les établissements publics de santé sont engagés dans une phase de repositionnement stratégique, à la fois en termes de choix d'activité et de choix organisationnel.

La coopération entre les établissements de santé est l'une des voies de la recomposition hospitalière, permettant de développer des complémentarités entre acteurs de santé et d'optimiser les moyens dévolus au système hospitalier.

## *L'actualité du sujet.*

L'analyse des bilans sociaux 1998 des établissements publics de santé, réalisée par le Ministère des Affaires sociales, fait apparaître l'ampleur prise par le mouvement de coopération entre les structures publiques de prise en charge sanitaire. Ces données mettent, en effet, en exergue que plus d'un établissement public sur deux est engagé dans la mise en œuvre d'un projet de recomposition. Parmi ceux-ci, près d'un tiers des établissements est porteur d'un projet de recomposition externe. Dans la proportion d'un cas sur dix, les établissements mènent de façon concomitante une démarche de restructuration interne et un projet de coopération inter-hospitalière. Les actions de coopération engagées ont un impact significatif sur la gestion des établissements. L'enquête menée par la FEHAP en février 1997 met en évidence que 38% des projets de coopération donnent lieu à des transferts d'activité, s'accompagnant dans 25% des cas de figure de transfert de personnel médical ou non médical.

Le développement des actions de coopération a été appuyé, dans une large mesure, par les évolutions de la réglementation hospitalière. L'objectif de coopération des établissements hospitaliers est en effet présent de longue date dans les réformes hospitalières. La loi du 31 décembre 1970 fixe un cadre juridique aux actions de coopération des établissements publics de santé par le biais des conventions et des syndicats inter-hospitaliers (SIH). La loi du 31 juillet 1991 élargit ce cadre en permettant aux établissements publics de santé de recourir à de nouvelles formules juridiques, telle la participation à des groupements d'intérêt public (GIP). L'ordonnance du 24 avril 1996 institue, par la création des communautés d'établissements de santé (CES), un moyen de favoriser les regroupements dans le cadre de la planification hospitalière. L'ordonnance du 24 avril 1996 précise par ailleurs les conditions de mise en oeuvre d'une fusion d'établissements, donnant lieu à l'article L 712-20 du code de la santé publique. Enfin, en vue du rapprochement d'activités médicales, la loi portant création de la couverture maladie universelle du 27 juillet 1999 permet aux établissements de regrouper certains de leurs services, départements ou structures, en fédérations médicales interhospitalières.

Les formes juridiques existantes de la coopération entre les établissements publics de santé permettent, selon des modalités d'une souplesse variable, de mettre en œuvre la diversité de ces opérations de complémentarités. La convention de coopération représente un instrument souple et précis, utilisé fréquemment pour la co-utilisation d'équipements lourds. Dans le cadre de la constitution d'un groupement d'intérêt public ou d'un syndicat inter-hospitalier, la coopération est davantage institutionnalisée. L'institution d'un SIH correspond à l'exigence de rationalisation du système sanitaire, par le biais de la rentabilisation d'équipements et de la coordination des actions des établissements. Au contraire, le GIP est surtout un instrument destiné à faciliter l'action des personnes publiques sur une mission précise et délimitée. La procédure de fusion d'établissements, qui représente le résultat le plus abouti du développement de complémentarités entre établissements, est animée par des enjeux spécifiques. L'harmonisation des conditions de travail des agents hospitaliers représente en effet une exigence dans le cadre de la réalisation d'une fusion, de même que la reconstitution des organes de décision ou de consultation des établissements.

Dans ce cadre réglementaire, les objectifs poursuivis par la coopération recouvrent une réalité d'une grande diversité. Les actions de coopération visent tantôt à assurer la mise en commun d'activités de soins ou de consultations externes, tantôt à permettre la co-utilisation d'équipements dans le domaine médico-technique, tantôt, enfin, à développer les partages d'activités de personnels.

Selon les données recueillies par le Ministère à partir de l'analyse des bilans sociaux des établissements, les recombinaisons externes, dans lesquelles s'engagent les structures hospitalières, s'opèrent deux fois plus fréquemment par regroupement que par fusion. Les modalités de coopération privilégiées sont les syndicats, choisis par 11% des établissements, alors que les conventions représentent 6% des situations de coopération.

Dans tous les cas néanmoins, les compétences et les savoir-faire des personnels sont des dimensions importantes des ressources mises en commun par ces relations de coopération.

Dans ce cadre général, les enjeux de la restructuration du système de santé apparaissent en Ile-de-France avec une particulière acuité, expliquant l'ampleur prise dans cette région par les actions de coopération inter-hospitalière.

L'offre de soins hospitalière en Ile-de-France se caractérise en effet par son poids particulier par rapport aux autres régions françaises. La dotation accordée à l'offre sanitaire francilienne représente, en 1999, 20% des ressources des structures hospitalières publiques ou participant au service public hospitalier en 1999. Le secteur public MCO de la région Ile-de-France génère plus de 130 000 emplois directs, pour un total de 54 000 lits. La région dispose de 383 médecins pour 100 000 habitants, alors que la moyenne est de 301 sur le territoire national.

Dans la mesure où la plupart des établissements de la périphérie parisienne offrent une polyvalence d'activité, cette offre est marquée par de nombreux doublons d'activité. Dans certains secteurs sanitaires, notamment la chirurgie, l'offre francilienne apparaît excédentaire, alors que l'offre de prise en charge gériatrique est insuffisante par rapport aux besoins.

En outre, la région Ile-de-France est marquée par un certain nombre de déséquilibres de l'offre sanitaire.

L'offre hospitalière francilienne se structure en effet prioritairement autour des établissements de l'AP-HP, ainsi que d'un faible nombre de centres hospitaliers fortement spécialisés et de taille importante. Le contexte actuel de raréfaction des ressources ne permet pas de maintenir la viabilité de la coexistence de ces structures avec d'autres établissements plus modestes.

L'implantation des établissements ne tient, par ailleurs, que faiblement compte des caractéristiques migratoires et des données démographiques de la population. L'étude du CREDES d'avril 2000 montre ainsi que les populations les plus jeunes de la périphérie sont contraintes de se déplacer pour accéder aux soins MCO, alors que les structures de prise en

charge des personnes âgées offrent des capacités insuffisantes au centre de la région, pour lequel la population présente une structure relativement plus âgée qu'en périphérie.

Enfin, le développement de l'offre sanitaire en grande couronne parisienne est handicapée par une certaine sous-densité médicale, alors que la région a globalement une densité en médecins salariés de 40% supérieure à celles des autres régions françaises.

L'exigence de la recomposition de l'offre sanitaire francilienne apparaît par conséquent avec une force particulière, conformément au constat posé par le compte rendu des journées de l'URHIF d'avril 2000. Cette recomposition doit prendre la forme d'une réflexion sur la taille souhaitable des établissements hospitaliers franciliens, ainsi que sur un mode de gestion des effectifs plus souple et plus adapté aux difficultés de recrutement.

### *Les enjeux du sujet.*

Dans ce cadre, l'enjeu de la gestion des ressources humaines est essentiel, même s'il n'est considéré qu'en second lieu dans la logique de la décision de coopération.

L'intérêt d'une gestion fine des problèmes de ressources humaines suscités par la coopération apparaît à différents titres.

C'est l'un des objectifs des actions de coopération que de répondre au problème de la gestion de la ressource rare que sont les effectifs, dans le contexte de la maîtrise de la démographie des personnels hospitaliers et de la rationalisation des dépenses. En outre, l'amélioration de la qualité des soins visée par les actions de coopération ne peut aboutir qu'en mobilisant les compétences humaines. Enfin, compte tenu du rôle déterminant du personnel dans l'instauration d'une dynamique de coopération, la réussite du processus de coopération est dans une large mesure conditionnée par une gestion fine des problèmes de ressources humaines qui sont posés dans ce cadre.

Les enjeux suscités par la gestion des ressources humaines dans le cadre de la coopération inter-hospitalière sont de différentes natures.

La gestion du personnel dans le cadre d'une coopération représente, en premier lieu, un enjeu social, dans la mesure où elle rend nécessaire de gérer une période transitoire de reconstruction de l'identité hospitalière.

Le processus de coopération, ainsi que les restructurations qu'il est susceptible d'impliquer, institue en effet un nouvel équilibre, qui bouleverse les perspectives ouvertes aux agents en matière de conditions de travail, de type d'activité ou de carrière. Le processus de coopération consiste ainsi à substituer une nouvelle légitimité à la légitimité précédemment reconnue au fonctionnement hospitalier, conformément à laquelle les acteurs hospitaliers organisent leurs échanges. C'est la raison pour laquelle, la mise en place du processus de

coopération présente une phase à la faveur de laquelle doit être valorisé l'apprentissage du travail collectif des agents des deux structures.

La gestion des ressources humaines est confrontée, dans ce cadre, à un ensemble de problématiques, notamment à la nécessité de préserver l'exigence de cohérence du fonctionnement hospitalier, qui est la condition de l'efficacité du personnel. Il incombe ainsi aux responsables hospitaliers de déterminer les limites souhaitables de la coopération, permettant, sans heurts, de faire collaborer des univers professionnels et institutionnels différents. Il est nécessaire par ailleurs d'évaluer l'ampleur du changement représentée par la coopération pour le personnel, en terme d'évolution des formes de travail et de hiérarchie.

La gestion des personnels en contexte de coopération inter-hospitalière représente en second lieu un enjeu d'ordre économique.

En raison des restrictions budgétaires posées au développement du système sanitaire, la gestion des charges relatives aux agents hospitaliers, soulevées par la coopération, se fait dans un cadre contraint.

De même, le renforcement de la compétition au sein des acteurs du système de soins, et de la diversification de ses formes, font de l'attraction exercée vis-à-vis des compétences médicales et paramédicales un élément nécessaire à la constitution de portefeuilles d'activités spécialisées.

Les types de problématiques suscités, en terme de ressources humaines, par la coopération inter-hospitalière sont divers.

Ils consistent moins, cependant, en des suppressions de postes qu'en des redéploiements d'effectifs et des adaptations de compétences professionnelles.

Ainsi, selon l'enquête, effectuée en 1997 auprès de 208 établissements, par la Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers, les actions de coopération n'ont pas d'impact sur la masse des effectifs dans 76,5% des établissements sollicités par l'étude.

Dans le cas où la coopération ne laisse pas les effectifs inchangés, il est difficile de présenter une tendance claire du devenir des effectifs: l'étude fait apparaître une réduction des effectifs dans 13% des établissements publics de santé, alors qu'un accroissement des effectifs est constaté dans 18% des structures. En revanche, la coopération donne lieu, pour 70% des établissements, à des redéploiements de personnels, ainsi qu'à des actions de reconversion des agents, dans 22% des cas.

### *La méthodologie adoptée par l'étude.*

C'est la raison pour laquelle cette étude a adopté pour objet la problématique des liens existant entre les problèmes de ressources humaines et le développement de la coopération inter-hospitalière.

L'insuffisante attention portée à cette problématique spécifique par la littérature spécialisée m'a conduite à fonder cette étude sur un travail d'enquête auprès des responsables des établissements d'Ile-de-France. A cette occasion, les points de vue de différents acteurs hospitaliers ont été recueillis: Direction des Hôpitaux, Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France, Directeurs des Ressources Humaines d'établissements hospitaliers de tailles et d'activités diverses ayant engagé une action de coopération (Eaubonne-Montmorency, Evreux-Vernon, Evry-Corbeil, Guiraud, Maison Blanche, Montfermeil-Le Raincy, Nord-Deux-Sèvres, Poissy-Saint-Germain, Rambouillet).

Cette étude a par ailleurs fait le choix d'intégrer dans le champ des actions de coopération la problématique spécifique de la fusion d'établissements. L'étude a en effet considéré que la procédure de fusion d'établissements représente le résultat le plus abouti du développement de complémentarités entre établissements, bien qu'elle soit animée par des enjeux spécifiques, notamment l'exigence d'harmonisation des conditions de travail des agents et de la reconstitution des organes de décision ou de consultation des établissements.

### *La problématique de l'étude.*

L'étude a abouti au constat selon lequel, en contexte de coopération, la gestion des ressources humaines est amenée à affronter des modifications importantes des enjeux qui l'animent, même si la question des ressources humaines ne vient qu'en second lieu dans la logique de mise en place d'une coopération (**I A**).

En raison des contraintes budgétaires et de la rapidité de mise en œuvre du processus de coopération, les responsables hospitaliers donnent la priorité à la gestion humaine des conséquences induites par la coopération, alors que le rapprochement hospitalier est un outil privilégié pour renforcer l'efficacité et la souplesse de la gestion des ressources humaines (**I B**).

Compte tenu du rôle déterminant joué par le personnel dans l'instauration d'une dynamique de coopération (**II A**), une gestion fine des problèmes de ressources humaines posés par la coopération est néanmoins une condition essentielle de sa réussite (**II B**).

# **1 LES ACTIONS DE COOPÉRATION CONTRAIGNENT À DES MODIFICATIONS IMPORTANTES DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES HOSPITALIÈRES.**

## **1.1 UNE OPPORTUNITÉ DE PARVENIR À UNE GESTION PLUS EFFICIENTE DU PERSONNEL.**

Depuis la décennie 1970, les modifications de l'environnement socio-économique des hôpitaux ont fait évoluer les modalités et les enjeux de la gestion des ressources humaines hospitalières.

Sous contrainte de rationnement, l'hôpital est désormais conduit à optimiser ses conditions d'accès aux ressources humaines et de management des équipes constituées.

La coopération entre établissements constitue l'un des outils de cette recherche de flexibilité et d'efficience de la gestion du personnel hospitalier, même si la maîtrise de son impact sur les ressources humaines est délicate pour les responsables hospitaliers.

### **1.1.1 La coopération confère des éléments de souplesse à la gestion des ressources humaines**

La coopération est ainsi un moyen de mobiliser d'une façon flexible les ressources humaines requises pour assurer un fonctionnement équilibré du système de santé.

La coopération permet aux établissements de régler un problème d'allocation des ressources, ainsi que de maîtriser dans l'espace et le temps les savoirs et savoir-faire.

1.1.1.1 La coopération atténue la contrainte globale de l'offre, liée aux difficultés de recrutement et de mobilité des agents.

Dans certaines disciplines médicales, la maîtrise de la démographie médicale engagée depuis le début des années 1970, ainsi que les contraintes financières posées au

développement du système de soins, ont conduit à handicaper la satisfaction de besoins en développement et l'exigence de sécurité de la prise en charge. La libre disposition des "entrants" humains est en effet un vecteur essentiel du dynamisme de l'activité et de la qualité des prestations d'une activité de services.

Sur le fondement de données de démographie médicale, le projet de SROS en chirurgie préconise le regroupement des établissements, et singulièrement des blocs opératoires, à la faveur des restructurations d'établissements. Selon ses préconisations, les établissements polyvalents seront appelés à coopérer, à organiser différemment leurs activités, ainsi qu'à renoncer à certaines activités très spécialisées.

Il s'appuie en effet sur le constat d'une diminution du nombre des professionnels concernés, de contraintes d'organisation liées à la permanence des soins, ainsi que de la spécialisation forte des métiers chirurgicaux.

Sans remettre en cause la régulation médicale globale, la coopération entre établissements peut permettre de desserrer cette contrainte de capacité des établissements.

La coopération hospitalière incite en effet à mettre en place une organisation du travail des professionnels conforme à l'évolution de leur démographie, ainsi qu'une meilleure utilisation des équipements coûteux, dans le cadre de la rationalisation des ressources budgétaires.

Cet enjeu revêt une importance particulière en région Ile-de-France, bien que cette région bénéficie d'un ratio d'encadrement médical et paramédical plus favorable que la moyenne des régions françaises.

La grande couronne parisienne se caractérise notamment par une configuration médicale particulière: taux élevé de rotation des praticiens entre les établissements, proportion importante de l'exercice à temps partiel de leur activité, concurrence forte des structures privées en terme d'attractivité exercée vis-à-vis des praticiens.

#### *1.1.1.1.1 La coopération facilite l'accès des établissements aux ressources humaines rares.*

La configuration nouvelle d'activités et d'emplois résultant de la coopération peut permettre de renforcer l'attractivité des établissements qui sont engagés dans une action de coopération, notamment vis-à-vis des personnels disposant d'un capital humain spécifique et fortement recherché.

Il s'exerce, en effet, une réelle concurrence entre établissements publics et privés de la région Ile-de-France dans l'accès aux ressources humaines.

Dans le cadre de ce secteur de services où joue à plein l'effet de demande induite, l'un des leviers de la concurrence est fondé sur le recrutement de praticiens représentant, du fait du rayonnement de leur compétence, un potentiel de développement de la clientèle de l'établissement.

La coopération inter-hospitalière permet à de nombreux titres de renforcer les éléments d'attractivité des établissements vis-à-vis de ces compétences humaines et savoirs-faire spécifiques.

Le fonctionnement d'un plateau technique performant, à la faveur de la mise en commun de leurs moyens par les établissements, est une garantie de technicité des actes réalisés et de sécurité des conditions de travail des praticiens. Il permet par ailleurs aux praticiens d'offrir aux patients l'assurance que le lieu de leur hospitalisation sera le cadre de réalisation des actes médicaux, ce qui limite les entrées dans le système de soins.

L'accroissement de capacité et de potentiel d'activité représenté par la fusion d'établissements, ainsi que la diversification des types de postes rendue accessible par la coopération inter-hospitalière, accroît le prestige et la qualité de l'exercice médical dans de tels établissements.

La coopération inter-hospitalière permet ainsi de réduire le coût des contraintes de recrutement, qui s'exprime en termes financiers et en termes de dynamique d'activité.

L'attractivité renforcée des établissements est un facteur de réduction des délais de recrutement et de vacance de postes. Les analyses micro-économiques de la santé ont en effet montré que les coûts des vacances de poste sont irréversibles en termes d'activité, en raison de la concurrence existant entre les structures du système hospitalier, ainsi qu'en raison de la flexibilité des comportements d'adressage des praticiens de ville.

La facilitation des recrutements dans le cadre de la coopération peut permettre par ailleurs de limiter la surenchère en termes d'octroi, aux praticiens sollicités, d'avantages annexes à leur rémunération, ce qui contribuera à une économie globale de fonctionnement du système de santé.

#### *1.1.1.1.2 Sous l'effet masse des moyens, emplois et activités générés par la coopération, la gestion du personnel en retire une plus grande souplesse d'exercice.*

La coopération inter-hospitalière incite les établissements à organiser des modalités coordonnées de gestion du personnel et à favoriser une réelle mobilité des agents. A ce titre,

elle représente une opportunité privilégiée de renforcement des perspectives de carrière du personnel.

La coopération entre les établissements hospitaliers se traduit en effet par une diversification des activités et des fonctions assurées, notamment dans le cadre du développement de la complémentarité entre activités ou de la spécialisation des différents sites.

En premier lieu, la gestion coordonnée ou unifiée des emplois réalisée à la faveur d'une action de coopération, permet aux agents de bénéficier, dans le cadre d'un changement d'emploi, de possibilités accrues de mobilité fonctionnelle et géographique.

En second lieu, les agents peuvent bénéficier, à la faveur de la coopération entre plusieurs établissements, de l'enrichissement de leurs pratiques, en raison de l'élargissement des pathologies traitées et de la confrontation de modes différents d'exercice de l'activité permis par la coopération.

La mise en commun des moyens assurée dans le cadre d'une coopération poussée peut par ailleurs autoriser financièrement la création de types nouveaux de postes. De même, l'accroissement d'activité peut justifier la création de nouvelles formes d'exercice de l'activité.

Enfin, la réorganisation du travail consécutive à la coopération peut aboutir à accorder aux agents une opportunité accrue de choix entre différentes modalités d'exercice de leur activité, notamment dans le cadre de l'alternative entre un exercice à temps partiel et à temps plein.

Plus aisément que dans le cadre d'un établissement autonome de taille moyenne, la coopération entre des établissements dont les activités sont complémentaires peut permettre de faciliter le reclassement des agents placés en difficulté dans l'exercice de leur activité.

La protection particulière accordée par le statut hospitalier public ne conduit pas, en effet, à un traitement identique des agents faiblement productifs ou dont les compétences sont inadaptées aux exigences du poste de travail, à celui assuré en secteur hospitalier privé. Le statut des fonctionnaires hospitaliers conduit à rechercher le placement des agents en difficulté dans des postes et secteurs moins exposés à l'exigence d'efficience et de qualité.

En secteur hospitalier privé, le rapprochement d'activités constitue le cadre privilégié d'une rationalisation des effectifs et d'une spécialisation des compétences. Au contraire, la coopération entre établissements publics est le plus souvent considérée comme une

opportunité de proposer un changement de service ou de site adapté au profil des agents en situation d'impasse professionnelle.

La fusion des établissements d'Evry-Corbeil est significative des marges de manœuvre créées par la coopération, en matière de reclassement du personnel. Elle a en effet permis de faciliter la mobilité d'une vingtaine d'agents en difficulté, dont le reclassement avait été différé par les gels de postes en contexte de fortes restrictions budgétaires.

L'élargissement de l'éventail des activités et des emplois, que permet d'assurer la coopération inter-hospitalière, dépend néanmoins fortement de l'objet pris en charge par la coopération.

La diversification des emplois hospitaliers découlant de la mise en place d'un groupement d'intérêt public entre plusieurs structures hospitalières bénéficie ainsi essentiellement aux secteurs logistique et médico-technique<sup>1</sup>.

En revanche, la formation d'un syndicat inter-hospitalier a un impact potentiel plus large sur la variété des emplois soignants, dans la mesure où cette structure peut constituer le cadre d'intervention commune de professionnels de santé pour des activités de soins.

*1.1.1.1.3 Les marges de manœuvre tirées en termes de gestion des ressources humaines de la coopération n'excluent pas d'avoir à faire face dans un premier temps à des difficultés ponctuelles de pourvoiement de postes.*

1.1.1.2 La coopération avec d'autres structures constitue pour les établissements une incitation à réfléchir sur une meilleure organisation du travail hospitalier.

La coopération constitue une opportunité particulière, accordée aux établissements, d'évolution vers une organisation plus efficiente du travail. Les actions de coopération contraignent en effet à une remise à plat de l'organisation du travail du personnel hospitalier dans ses différents aspects : gestion administrative, gestion du temps de travail et des roulements, ratios d'encadrement.

---

<sup>1</sup> Conformément à la réglementation, un GIP hospitalier a en effet pour fonction de réaliser et de gérer des équipements d'intérêt commun, dont sont exclus les équipements affectés au bloc opératoire, ainsi que les bâtiments des activités de soins.

*1.1.1.2.1 La coopération contraint les établissements à une remise à plat de l'adaptation de leurs effectifs à la charge de travail.*

*La coopération inter-hospitalière requiert en premier lieu un travail d'harmonisation des ratios de personnel des différents établissements, afin de rendre équitables les conditions de travail des fonctionnaires et des praticiens hospitaliers dans ce cadre.*

Les facteurs des inégalités en terme de charge de travail des agents hospitaliers sont en effet multiples et difficiles à maîtriser par les responsables hospitaliers.

Ces inégalités proviennent du dynamisme différencié de l'activité selon les disciplines couvertes et l'implantation géographique des établissements. Elles sont également le reflet du pouvoir de négociation en termes d'effectifs des chefs de service et des cadres infirmiers. Elles s'expliquent enfin par les différences des pratiques médicales en vigueur dans les établissements.

La coopération inter-hospitalière contraint, par différentes voies, les établissements engagés dans la coopération, à mener un effort d'alignement de leurs ratios de personnel. En effet, la réalisation coordonnée de l'activité dans le cadre d'une action de coopération, a fortiori dans le cadre d'une fusion, tend à aligner les taux d'occupation des services et à lisser les variations d'activité de chacune des structures. De fortes variations en termes de charge de travail des agents ne peuvent se justifier dans un tel contexte. De même, l'harmonisation de la charge de travail des agents est la condition permettant d'assurer un exercice coordonné de l'activité des établissements engagés dans une action de coopération. En cas de trop forte différence, les établissements peuvent être confrontés à des velléités de changement d'établissement de la part du personnel, compromettant les relations de complémentarités engagées dans le cadre de la coopération. L'un des obstacles fondamentaux au développement de complémentarités entre les structures de la région Ile-de-France réside dans les différences existant en matière de conditions d'exercice de l'activité entre les établissements rattachés à l'URHIF et les établissements de l'AP-HP.

*La coopération met à la disposition des responsables hospitaliers de nombreux outils qui permettent de faciliter une harmonisation des ratios de personnels entre les différents établissements, tout en limitant les conséquences d'une telle adaptation sur la carrière des agents.*

L'effet masse des emplois et des activités engendré par la coopération confère, tout d'abord, des marges de manœuvre accrues aux opérations de redéploiement. Ces changements d'emploi peuvent s'opérer en octroyant aux agents le choix entre un changement de fonction et un changement de site d'exercice de leur activité.

En outre, l'agrégation des moyens financiers des établissements fusionnés ou la coordination de leur utilisation dans le cadre de la coopération permet d'accroître la diversité des actions de formation menées en vue de la reconversion du personnel.

Enfin, l'argument de rationalisation des moyens et d'accroissement de la productivité, développés dans le cadre de la coopération, constitue un levier pour fonder des demandes de créations de postes à la tutelle hospitalière. Les postes supplémentaires obtenus peuvent permettre de couvrir les besoins en personnel des services les moins bien dotés.

*Dans le contexte singulier de la coopération, l'usage des indicateurs traditionnels, qui permettent d'évaluer l'adéquation des effectifs à la charge de travail, est néanmoins rendu problématique.*

Les établissements engagés dans une action de coopération s'inscrivent, en effet, dans un cadre de changement durable, qui rend difficilement prévisibles la dynamique d'évolution de l'activité, ainsi que les comportements professionnels des agents hospitaliers.

C'est la raison pour laquelle les indicateurs traditionnels d'adéquation des effectifs à la charge de travail ne sont applicables que sous la condition d'intégrer dans l'analyse les facteurs extérieurs de modification de la charge de travail des agents.

Le critère du personnel soignant par lit occupé n'intègre pas le facteur, qui joue à plein en contexte de coopération, de l'évolution prévisible de l'activité liée à la coopération des établissements.

De la même façon, l'indicateur du taux de couverture<sup>2</sup> ne prend pas en compte le taux d'absentéisme des agents, qui augmente fortement dans la suite immédiate d'une action de coopération.

En outre, les établissements ne peuvent adapter leurs effectifs aussi rapidement qu'il serait souhaitable, afin de lisser l'impact des restructurations sur la charge de travail des agents.

De fait, la prédominance de la logique budgétaire dans la gestion des effectifs, par rapport à l'anticipation de variation des besoins, aboutit à différer les adaptations d'effectifs.

---

<sup>2</sup> Qui mesure l'adéquation entre les effectifs théoriques et les effectifs réels du service.

De même, l'adaptation des effectifs à la charge de travail est, en secteur hospitalier public, soumis à un processus de négociation sociale complexe, réalisé en interne et avec les autorités de tutelle<sup>3</sup>.

Le fonctionnement budgétaire, sous la forme d'une enveloppe annuelle déterminée en fonction de l'activité de l'année précédente, implique que l'impact des évolutions en terme d'activité et de productivité ne se répercute qu'avec retard sur la gestion des effectifs.

*1.1.1.2.2 La coopération constitue l'opportunité pour les établissements hospitaliers de développer en leur sein une organisation plus efficiente du travail.*

*La coopération permet de limiter les effets de rigidité dans l'organisation du travail qui découlent de l'application des statuts des fonctionnaires et des praticiens hospitaliers.*

Conformément aux principes protecteurs des agents posés par le statut de la fonction publique hospitalière, le fonctionnement hospitalier public tend à instaurer un lien fixe entre le fonctionnaire et son employeur, indépendamment des tensions que peuvent susciter les évolutions de l'activité hospitalière.

Les rigidités de fonctionnement introduites par le statut hospitalier vont à contresens de la flexibilité qui caractérise le secteur privé de services, qui assure une incitation des agents à la mobilité et à l'initiative.

La coopération inter-hospitalière permet, dans une certaine mesure, de contrebalancer les effets de ces rigidités, en introduisant des mécanismes incitatifs à une plus grande flexibilité et productivité de l'exercice d'activité du personnel<sup>4</sup>.

*La mise en comparaison des modes d'activité des agents des établissements, induite par la coopération, peut en premier lieu constituer un facteur de gains de productivité et de qualité des prestations hospitalières.*

Le cadre de l'autonomie des établissements, disposant de leurs propres règles de gestion, et fonctionnant selon le cloisonnement des services hospitaliers, n'offre que peu

---

<sup>3</sup> Il se différencie nettement du processus de déclinaisons automatiques, fonction de la productivité et du coût des départs, qui caractérise le secteur privé.

<sup>4</sup> Conformément au modèle de la "concurrence par comparaison" mis en évidence par la micro-économie de la santé publique, la coopération introduit un mécanisme de comparaison de l'organisation et des pratiques des établissements.

d'occasions de remise en cause des pratiques et des modes de fonctionnement, par confrontation avec les pratiques d'autres établissements. L'"effet de comparaison" de deux établissements, qui résulte de leurs échanges d'information et de la coordination de leur activité constitue un substitut à l'évaluation de la productivité des agents et de la qualité des prestations.

La mobilité des agents hospitaliers, mise en œuvre dans le cadre de la coopération, a un rôle essentiel d'incitation à l'évolution des pratiques et de l'organisation hospitalière. Cette mobilité prend la forme d'une mobilité ponctuelle, exercée par exemple dans le cadre d'un remplacement, mais aussi d'une mobilité institutionnalisée dans le cadre d'un changement d'emploi. Elles constituent autant de facteurs d'évolution individuelle des agents et d'évolution collective des cultures de service. Cette confrontation est en effet susceptible de faciliter la diffusion de modes innovants d'organisation, d'habituer les agents à des nouvelles pratiques de soin et des rythmes différents de travail. Il peut résulter de cette plus grande souplesse de travail une amélioration de la productivité et de la qualité du travail des agents.

Le mouvement de mobilité, relativement restreint dans son ampleur, que met en œuvre la coopération à la différence des opérations de transferts de services par exemple, peut suffire à enclencher une dynamique de flexibilité des comportements du personnel. Le mode d'organisation privilégié à la faveur de la fusion des établissements de Poissy et de Saint Germain montre que des réorganisations limitées peuvent susciter une évolution des comportements du personnel soignant. L'instauration d'une chefferie de service unique, pour des services de même discipline maintenus sur deux sites, peut induire par le seul fait de la mobilité du seul chef de service un effet de réorganisation des services, aboutissant à une plus grande efficacité.

De même, le partage d'activité médical, ainsi que le travail coordonné des praticiens de différents établissements liés par une action de coopération, induit un effet d'émulation particulière. Alors même qu'un tel partage d'activité concerne un seul praticien, il participe fortement au rapprochement des pratiques des établissements et à une dynamique d'amélioration de la qualité des prestations<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Cet impact est particulièrement sensible dans le cadre des coopérations entre centres hospitaliers et hôpitaux locaux, consistant à mettre à la disposition de la petite structure de praticiens spécialisés permettant une spécialisation et une sécurisation des actes médicaux et soignants.

*Les exigences d'une coopération poussée incitent à repenser le cadre traditionnel d'exercice du service, qui est facteur de rigidités d'organisation.*

Les rigidités du mode d'organisation hospitalière, constitué autour de services, constitue en effet un frein aux restructurations d'activité induites par la coopération.

La loi 24 juillet 1987 fait du service, placé sous la responsabilité du chef de service, la base de l'organisation hospitalière.

Si cette organisation est la source d'une certaine efficacité, une conception trop rigide et exclusive peut freiner les évolutions du système hospitalier, notamment en vue de la coordination de l'activité des services et des établissements.

La structuration des établissements en services est en effet l'un des facteurs qui contribuent à entretenir la logique de cloisonnement entre services, ainsi qu'à renforcer l'identité des équipes restreintes de prise en charge, au détriment d'un sentiment d'appartenance à l'établissement et de l'exigence d'une prise en charge globale des patients hospitalisés, que requiert la coopération.

En outre, l'organisation stricte des établissements en services peut limiter l'intérêt que représentent les actions de coopération en termes de réduction des charges de personnel. Les coûts fixes résultant du coût de fonctionnement d'un service<sup>6</sup> peuvent s'avérer prohibitifs dans le cadre d'une réorganisation d'activité consécutive à la coopération, aboutissant à une réduction forte des capacités et des effectifs affectés à un service.

Enfin, le cloisonnement entre services limite les voies d'une organisation innovante du travail, que requiert la spécialisation des sites<sup>7</sup>.

La coopération, dans le cadre des regroupements d'activité, suppression des doublons de service ou de spécialisation des sites auxquels elle donne lieu, incite ainsi à assouplir le fonctionnement du mode d'organisation des établissements et à concevoir un nouveau type de secteur d'activité, qui ne serait pas propre à l'entité hospitalière.

Les textes institutifs des structures de coopération permettent d'introduire dans le fonctionnement hospitalier quelques éléments de souplesse, sans pour autant remettre en cause le cadre traditionnel d'exercice hospitalier.

---

<sup>6</sup> Ils découlent notamment de la nécessité de nomination d'un chef de service et d'un cadre infirmier.

<sup>7</sup> Ce cloisonnement entrave par exemple le regroupement de services autour de pathologies liées.

La notion de communauté d'établissement permet ainsi la constitution d'unités communes à plusieurs établissements, mises en place sous la forme de fédérations médicales inter-hospitalières, et coordonnées par un praticien responsable.

Le mode de coopération choisi par les établissements de Rambouillet et de Dourdan, constitués en communauté d'établissement, est exemplaire de cette coordination souple de services. Le fonctionnement de la fédération inter-hospitalière, constituée dans les disciplines de chirurgie, a permis progressivement de poser des habitudes de coordination des activités des deux établissements et de mobilité des praticiens entre les deux sites.

Dans l'impossibilité pour les établissements de poser a priori toutes les règles de fonctionnement des fédérations inter-hospitalières, de nombreuses incertitudes sont néanmoins susceptibles d'en compromettre le bon fonctionnement. Leur fonctionnement souple donne lieu à la manifestation des comportements opportunistes des praticiens, susceptibles d'entraver l'exigence de mobilité et d'exercice coordonné des praticiens.

De même, la réforme apportée au statut des praticiens hospitaliers par le décret du 6 juillet 1999<sup>8</sup> intègre la nécessité d'adaptation des conditions d'exercice des praticiens au contexte de coopération. La réforme va dans le sens d'une souplesse croissante apportée aux possibilités pour les praticiens de partager l'exercice de leur activité dans le cadre de plusieurs établissements. Néanmoins, les possibilités ainsi ouvertes continuent de s'exercer dans le cadre traditionnel des services et départements.

Afin d'assurer une plus grande souplesse de gestion de leurs ressources humaines, les établissements sont ainsi contraints à des solutions innovantes en matière d'organisation interne des services et de coordination entre services.

Dans le cadre de leurs actions de coopération, les établissements d'Ile-de-France sont amenés à instaurer des modes d'organisation hospitalière allant au-delà de ce qui est prévu par la réglementation. La coopération instaurée entre les établissements de P.Brousse et de P.Guiraud éclaire la nécessité, qui s'impose aux établissements engagés dans une action de coopération, de dépasser le cadre du service et de la chefferie qui lui est associée.

L'enjeu particulier du transfert d'un service d'hospitalisation psychiatrique au sein d'un hôpital général a rendu nécessaire d'assouplir le fonctionnement de l'entité, tout en ménageant le souhait des praticiens du service de voir les conditions de leur activité et de leur carrière préservées. La solution a consisté à faire coexister l'unicité maintenue du service sectorisé

---

<sup>8</sup> Décret n° 99-563 du 6 juillet 1999.

de Brousse, sous la responsabilité d'un PU-PH, et la mise en place d'une délégation de responsabilité médicale sur un "pôle d'activités sectorisées".

La nécessité de faire prévaloir des modes souples d'organisation hospitalière est exprimée notamment dans le cadre des orientations du SROS pour la période 1999-2004. Le SROS marque en effet la nécessité, en région Ile-de-France de faire jouer à APHP et ses équipes médicales et paramédicales un rôle nouveau, décloisonné et délocalisé<sup>9</sup>.

A partir de ce constat, les participants des journées de l'URHIF d'avril 2000 préconisent la mise à disposition par les hôpitaux de l'URHIF de leur plateau technique au bénéfice des équipes médicales de l'APHP. Le rapport souligne que la mise en œuvre de ce projet requiert des modalités innovantes d'organisation hospitalière, garantissant à la fois une souplesse de fonctionnement et un intérêt de carrière pour les praticiens.

*Les mouvements d'effectifs suscités par la coopération peuvent constituer l'occasion de mise en place d'horaires de travail mieux adaptés aux variations de l'activité.*

Par la coordination de la gestion des emplois et les restructurations qu'elles impliquent, les actions de coopération dégagent en effet des marges de manœuvre permettant de renforcer la souplesse d'adaptation des horaires de travail aux variations de l'activité.

Les restructurations d'activité et les redéploiements d'effectifs, auxquels donnent souvent lieu les actions de coopération, génèrent en effet un volant d'effectifs susceptible d'être soumis à des règles nouvelles de gestion du temps de travail.

Ces marges de manœuvre sont issues directement de la gestion des départs et des nouveaux recrutements consécutifs aux actions de coopération. Elles proviennent également de l'accroissement des demandes spontanées de travail à temps partiel, consécutif à la modification du cadre d'activité des agents. Enfin, ces possibilités d'évolution de la gestion du temps de travail sont souvent impliquées, dans le cadre de la coopération, par l'impératif de réduction des postes équivalents temps plein à la faveur de la suppression des doublons d'activité. Les établissements engagés dans une action de coopération, privilégient le maintien des effectifs, qui est garanti, dans le cadre de la réduction des postes équivalents temps plein, par la proposition d'un taux plus élevé de travail à temps partiel aux agents.

---

<sup>9</sup> L'objectif recherché par le développement des procédures de complémentarité avec l'APHP est de permettre aux établissements les plus importants de la grande couronne parisienne de conserver, voire développer, l'activité chirurgicale de qualité.

La coopération présente donc de nombreux facteurs de souplesse accrue de la gestion du temps de travail des agents.

Les établissements parties à la coopération peuvent ainsi bénéficier du volant de personnel, rendu libre par des redéploiements ou réaffecté sur des postes à temps partiel, pour centrer son temps de travail sur des tranches horaires de forte activité. De nombreuses actions de coopération se sont ainsi traduites par le développement de l'organisation du travail en décalé par rapport aux horaires traditionnels, offrant l'intérêt de lisser la charge de travail des agents du service.

L'effet masse des moyens et des emplois, représenté par la coopération, fonde par ailleurs l'intérêt de la mise en place de pools de remplacement communs. Ils permettent de limiter l'impact, sur la charge et le temps de travail des agents en activité, des absences ponctuelles ou de courte durée.

La coopération permet également de lisser la charge de travail des agents, notamment à la faveur de la mise en commun de certaines charges de personnel, dont le maintien sur chaque site n'est pas entièrement justifiées par le volume d'activité.

Le service public hospitalier impose en effet aux établissements des contraintes particulières en termes de présence des effectifs, afin de garantir notamment la continuité du service et l'égalité de l'accès au service.

Les partages d'activités permis par la coopération peuvent permettre d'atténuer cette contrainte de permanence, qui mobilise des effectifs pour une charge de travail dont la variabilité est forte.

Cette possibilité de partage d'activité, conférée à la faveur d'actions de coopération, est fortement utilisée par les établissements, notamment dans le cadre de la mise en place d'astreintes et de gardes communes.

La fédération de chirurgie établie entre les établissements de Dourdan et de Rambouillet est ainsi fondée sur le principe de la mise à disposition de chaque site de l'ensemble des compétences des praticiens de la communauté d'établissement.<sup>10</sup>

La coopération inter-hospitalière confère en outre à la gestion des ressources humaines une plus grande souplesse d'adaptation face aux évolutions d'activité.

La coopération constitue un mécanisme de coordination temporelle des conséquences sur les ressources humaines des réorientations d'activité que sont contraints de mettre en œuvre

---

<sup>10</sup> Ainsi, sont élaborées des listes de gardes communes pour l'ensemble des disciplines chirurgicales, auxquelles la participation est fondée sur le principe du volontariat. De même, la fédération de chirurgie est le cadre de l'élaboration de protocoles de soins communs, qui tend à harmoniser les pratiques médicales.

les établissements publics de santé dans le contexte actuel de recomposition du système hospitalier.

En effet, la coopération assure une mutualisation des coûts suscités par l'inadéquation des effectifs ou des compétences aux besoins à satisfaire.

En premier lieu, du fait des possibilités accrues de redéploiement assurées dans un cadre de coopération, les structures engagées dans une coopération sont mieux à même de faire face à ces coûts spécifiques, soit par utilisation des compétences internes, soit en reportant une partie de ces coûts sur les conditions de recrutement et de gestion des compétences.

En second lieu, la coopération permet de mieux gérer la contrainte d'illiquidité qui peut s'opposer à la mise en œuvre d'actions massives de formation.

La mise en œuvre d'une action de coopération constitue ainsi l'occasion pour les établissements de promouvoir une organisation plus souple du temps de travail, garantissant l'amélioration des conditions de travail du personnel.

*La coopération peut impulser une amélioration des conditions de travail des personnels.*

Un processus de coopération, dont les conditions et le rythme de mise en œuvre ne sont pas suffisamment maîtrisés, présente un risque certain de détérioration des conditions de travail du personnel hospitalier. Le cadre budgétaire restrictif dans lequel s'opèrent les restructurations hospitalières est ainsi à l'origine, en région Ile-de-France notamment, d'un accroissement de la charge de travail des personnels, dénoncée massivement à l'occasion des grèves du personnel hospitalier fin 1999-début 2000.

Les facteurs d'une telle dégradation des conditions de travail des agents, impliquée par la coopération, sont multiples.

Un effort insuffisant de réflexion sur l'adaptation des effectifs à la dynamique de l'activité peut être à l'origine d'un accroissement de la charge de travail des agents. La qualité de leur activité et de leur motivation au travail peut en être affectée. Les structures et lieux de travail peuvent se révéler inadaptées aux évolutions d'activité suscitées par la coopération. Leur mise en conformité ne peut s'opérer que progressivement. De même, des changements trop rapides en termes d'activité peuvent laisser les agents sans une formation adéquate, tant au regard du stress engendré par les évolutions d'activité, que des types nouveaux de pathologie prises en charge ou des matériels utilisés. Enfin, le retard pris dans

l'accompagnement des restructurations par les plans d'équipement médical peut avoir pour conséquence une insuffisance du matériel requis par les évolutions d'activité prévues<sup>11</sup>.

La coopération inter-hospitalière donne néanmoins aux établissements hospitaliers les moyens d'une amélioration des conditions de travail de leurs agents.

La coopération justifie en premier lieu, à la fois financièrement et socialement, l'aménagement de services divers au personnel, permettant la conciliation de leur vie professionnelle et personnelle. L'effet masse des moyens et des emplois confère en effet aux investissements réalisés dans le cadre d'une coopération entre plusieurs établissements une rentabilité supérieure à celle qui concernerait un équipement identique réalisé pour un seul établissement.

La coopération permet en second lieu de sécuriser les pratiques des agents, et singulièrement celles des praticiens. Le projet de SROS chirurgie fait de l'objectif de sécurisation de la prise en charge l'un des objectifs essentiels recherchés par la coopération.

La coopération permet à un certain nombre d'activités d'atteindre un seuil technique, qui représente l'ensemble des contraintes techniques et de dimension nécessaires pour dégager de l'activité hospitalière une productivité suffisante.

En outre, conformément à la notion de "masse critique", la coopération entre plusieurs établissements permet de garantir aux praticiens un volume plus important d'actes qui assurent l'efficacité et la qualité de leurs actes<sup>12</sup>.

1.1.1.3 La coopération peut induire une diminution des charges de personnel des établissements, sans engager la qualité de leurs prestations.

La région Ile-de-France est caractérisée, au plan sanitaire, par des ratios très favorables en personnel au regard de l'activité assurée, par rapport à la moyenne des régions françaises. La politique des autorités de tutelle est par conséquent, depuis plusieurs années, de rationaliser la gestion des ressources humaines, par la voie d'une limitation de la

---

<sup>11</sup> A l'instar du CH Nord Deux Sèvres, il est judicieux d'anticiper, en terme de projet d'équipement, les évolutions induites par la coopération.

<sup>12</sup> A la faveur de la coopération, l'accroissement d'activité des praticiens est à l'origine d'un phénomène d'apprentissage, qui améliore l'exécution d'un acte en proportion de son nombre de réalisations.

progression des postes hospitaliers et de l'imposition d'une contrainte financière stricte sur le fonctionnement des établissements hospitaliers.

La coopération représente l'une des voies permettant aux établissements de mieux maîtriser les conséquences de cette politique sur la cohérence de leur gestion des ressources humaines.

En permettant une économie sur certaines charges de personnel, dont le poste à plein temps ne se justifie pas au regard de l'activité, la coopération dégage des marges financières pouvant être utilisées au financement d'emplois dont la justification est avérée.

#### *1.1.1.3.1 Les modalités d'une rationalisation de la gestion des ressources humaines permises par la coopération sont multiples.*

Des modalités de co-utilisation des ressources humaines, qui réduisent d'autant la charge afférente pour chaque établissement peuvent être organisées à la faveur de la coopération. Il s'agit de l'une des préconisations du projet de SROS Chirurgie en Ile-de-France.

Afin de rationaliser l'organisation du travail, le projet de SROS Chirurgie en Ile-de-France préconise ainsi un regroupement des gardes, permettant d'assurer de façon moins onéreuse l'ouverture des blocs opératoires la nuit et le week-end<sup>13</sup>.

Une telle mise en commun des compétences dans le cadre d'une coopération peut prendre des formes diverses, laissant une grande souplesse d'organisation aux établissements. Il peut s'agir du partage d'une équipe spécialisée travaillant sur plusieurs sites, du transfert de lits et des équipes affectées, du partage d'activité d'un agent entre plusieurs établissements ou de la mise en commun de moyens accompagnée d'une activité partagée des praticiens sur ces équipements communs.

Cette mise en commun de certaines ressources humaines concerne fréquemment les obligations de gardes et d'astreintes qui pèsent sur certaines disciplines hospitalières et certaines catégories de personnel. Cette mise en commun s'applique également

---

Cet intérêt concerne au premier chef les établissements engagés dans une action de coopération visant à mettre en commun les équipements de leur plateau technique ou à acquérir des équipements requérant des pratiques médicales ou de soins spécifiques.

<sup>13</sup> Cette préconisation trouve son fondement dans le constat que les moyens actuels des plateaux techniques des établissements d'Ile-de-France sont disproportionnés, tant au regard de l'activité des services et que des réels besoins en intervention d'urgence.

fréquemment à des personnels spécialisés, dont le recrutement ne se justifie financièrement qu'à partir d'un certain seuil d'activité<sup>14</sup>.

Grâce à l'attractivité renforcée des établissements à la faveur de la coopération, les établissements peuvent, en second lieu, limiter l'impact de la logique d'augmentation des rémunérations ou des avantages en nature, des personnels contractuels, affectés à des fonctions spécialisées et dont le recrutement est difficile.

*1.1.1.3.2 La logique du partage des charges de personnel, assuré à la faveur de la coopération, rencontre néanmoins des limites, liées aux contraintes posées par les particularités des missions du service public hospitalier.*

Les exigences particulières posées au fonctionnement du service public hospitalier par les articles L.711-3 à L.711-16 du Code de la Santé Publique constituent autant d'obstacles au partage de charges de personnel entre établissements.

En sus de la volonté des parties, existent en effet, en droit public hospitalier, des blocs de compétence et des sujétions de service public qui limitent et encadrent les modalités envisageables de la coopération des établissements de santé.

Ces exigences représentent des contraintes fortes pour les établissements, dans le cadre d'une éventuelle gestion commune de leurs ressources humaines.

En vertu des principes de continuité du service public hospitalier et d'égalité d'accès aux soins, l'organisation de chaque établissement doit garantir un accueil des patients 24 heures sur 24, soit par une prise en charge directe, soit par un transfert dans un établissement pouvant lui assurer les soins requis.

Les établissements sont donc tenus, dans leur organisation, par des obligations de service minimal, notamment dans le cadre de certains services tel le service des urgences.

Un partage d'activité entre établissements ne doit pas induire un risque de prise en charge inadéquate. L'éloignement géographique des établissements ne doit notamment pas retarder la prise en charge des patients en urgence. De même, la coordination entre les établissements doit être suffisamment fluide pour assurer une transmission des informations relatives aux patients transférés.

---

<sup>14</sup> De nombreux établissements de la région Ile-de-France ont ainsi pu créer un poste d'ingénieur biomédical ou de médecin hygiéniste, à la faveur de la mise en commun de moyens par la coopération inter-hospitalière.

1.1.1.4 La coopération représente, par les évolutions d'activité et d'organisation qu'elle induit, une opportunité particulière de motivation au travail des agents hospitaliers.

Au-delà des réticences que suscite tout changement, la coopération, par les opportunités nouvelles de mobilité et d'expérience professionnelle qu'elle ouvre, est à même de faire naître de la part des agents une motivation nouvelle au travail.

*1.1.1.4.1 La coopération démultiplie les occasions pour les agents de bénéficier d'un processus de mobilité.*

Des possibilités accrues de mobilité, qu'elle soit fonctionnelle ou géographique, sont ouvertes par la coopération hospitalière et peuvent constituer un facteur d'évolution positive pour les agents.

Ces opportunités de mobilité, offertes dans cadre de la coopération entre établissements, présentent une grande diversité.

La mobilité peut en effet s'exercer entre services de même type dans le cadre d'une mobilité inter-sites qui bénéficierait des similarités des établissements en termes d'activité.

Elle peut avoir lieu entre services d'hospitalisation complète et services d'hospitalisation de semaine ou de jour. Il s'est agit de la forme de mobilité prédominante dans le cadre de la fusion réalisée entre les établissements d'Eaubonne et de Montmorency, en raison du développement des capacités de prise en charge de semaine sur le site de Montmorency.

La mobilité peut également s'effectuer entre services d'hospitalisation de courte durée, de moyen séjour et de maison de retraite et long séjour<sup>15</sup>.

La fusion des établissements de Montfermeil et du Raincy a représenté l'opportunité de mettre en place une organisation innovante du travail, fondée sur la mobilité professionnelle des agents du service de cardiologie. Dans le cadre du transfert de la plupart de l'activité de cardiologie sur le site de Montfermeil, les principes d'organisation du service ont été reconsidérés afin de renforcer la motivation des agents et l'intérêt de leur exercice. Le principe de fonctionnement du service est celui du « turn over » régulier du personnel entre le service d'USIC et les services postérieurs de prise en charge des pathologies cardiaques.

---

<sup>15</sup> La fusion du CH Nord Deux Sèvres est significative des potentialités de mobilité ouvertes par de telles conversions d'activité. Le développement des activités de compensation sur les sites de Parthenay et Thouars, qui a visé à maintenir l'équilibre en terme d'effectifs entre les deux sites, a généré ce type de mobilité professionnelle.

A la condition qu'elle soit accompagnée par les établissements sur le plan financier et de la formation, la mobilité peut constituer pour les agents un facteur important de motivation au travail.

La mobilité, réalisée dans le cadre d'une coopération entre établissements, a un effet formateur privilégié.

Cet effet formateur tient aux conditions particulières dans lesquelles est réalisée la mobilité des agents dans le cadre d'une coopération. La conjonction de différences de fonctionnement des établissements, et d'un projet commun de développement dans le cadre de la coopération, favorise l'apprentissage des agents par confrontation d'expériences.

La mobilité assurée entre les services des deux établissements peut ainsi permettre aux agents de clarifier leurs compétences par confrontation avec d'autres modes d'organisation du travail.

La mobilité entre des établissements liés par une action de coopération peut avoir un effet intégrateur à l'institution hospitalière, ainsi qu'au projet de coopération.

En favorisant l'émergence de projets individuels autour de la progression des compétences assurée dans le cadre de la coopération, elle facilite en effet l'appropriation des objectifs de l'institution et ceux du projet de coopération.

Les établissements doivent néanmoins veiller à assurer dans le cadre de la coopération, des conditions organisationnelles favorisant une réalisation efficace de la mobilité.

Le cadre de la coopération favorise généralement les conditions d'une mobilité harmonieuse des agents. Elle ménage en effet aux agents des perspectives de carrière attractives<sup>16</sup>.

La mobilité, réalisée dans le cadre de la coopération entre établissements, peut enfin susciter des évolutions professionnelles par l'apprentissage de nouvelles règles et de nouvelles pratiques.

A cette fin, les établissements doivent accompagner le processus de mobilité par la formation des agents amenés à changer d'emploi. Une telle formation doit avoir pour objectif non seulement une adaptation professionnelle, permettant l'acquisition de nouveaux modes opératoires, mais aussi une intégration culturelle au changement d'établissement.

---

<sup>16</sup> Le désavantage éventuel pouvant résulter d'une mobilité réalisée dans un établissement aux règles de gestion moins favorables des ressources humaines est neutralisé dans le cadre d'une fusion par l'harmonisation qui est assurée entre les règles de fonctionnement des deux établissements.

A la faveur de la fusion des établissements de Montfermeil et du Raincy, la formation des agents au contexte de la coopération a été considérée comme une priorité. Sur l'ensemble du financement consacré à la gestion des conséquences de la fusion, une enveloppe spécifique a ainsi été réservée à la formation.

*1.1.1.4.2 La refonte des règles de gestion du personnel, réalisée à la faveur de la coopération, peut permettre de renforcer leur rôle de motivation et d'intéressement.*

Du fait de la rigidification progressive de l'application du statut, les règles de gestion du personnel hospitalier ne réalisent en pratique que partiellement leur rôle de motivation des agents. Dans de nombreux champs de la gestion des ressources humaines, le critère premier de la gestion est en effet l'ancienneté, et non la performance individuelle.

Les actions de coopération, et plus encore les fusions d'établissements, contraignent à une remise à plat des règles existantes en matière de gestion du personnel, qui peut permettre de renforcer leur rôle de motivation des agents.

La rupture introduite, dans les règles de gestion du personnel, par les opérations de coopération ou de fusion est, en effet, souvent saisie par les établissements comme une opportunité afin d'introduire des innovations en matière de gestion du personnel.

Le processus de fusion entre les établissements de Poissy et de Saint Germain a ainsi constitué l'occasion pour les responsables des deux établissements de réfléchir à l'introduction dans la gestion des ressources humaines d'éléments d'incitation à une plus grande performance et initiative des agents.

L'harmonisation de la procédure de notation entre les établissements de Montfermeil et du Raincy a ainsi visé à renforcer le critère du mérite par rapport à celui de l'ancienneté, qui peut constituer un élément de motivation.

De même, il est possible de renforcer le critère d'adaptation à l'emploi par rapport au critère de mérite lié à l'ancienneté en matière de gestion des possibilités d'avancement de grade emportant un changement d'emploi.

*1.1.1.4.3 L'encouragement à la mobilité et à l'initiative des agents hospitaliers, réalisé en contexte de coopération, est néanmoins difficile à maîtriser.*

En contexte de changement, la motivation des agents est la résultante de facteurs multiples, dont la maîtrise par les responsables hospitaliers est aléatoire.

La motivation des agents est notamment fortement dépendante du contexte de fonctionnement de leur service d'affectation et de la dynamique générale d'évolution de l'activité de l'établissement.

La motivation des agents est ainsi plus facile à solliciter lorsque l'évolution de leur service d'affectation est, dans le cadre de la coopération, valorisante sur plan de la carrière des agents, de l'intérêt des tâches et de la technicité des actes qu'ils seront amenés à réaliser. Selon que le service d'affectation des agents voit son mode de fonctionnement mis en cause ou, au contraire, appuyé par le processus de coopération, la mobilisation des agents autour du projet de coopération est plus ou moins difficile à obtenir.

La mise en cause du fonctionnement en hospitalisation de la prise en charge des pathologies psychiatriques dans le cadre du transfert de service de P.Guiraud vers le centre de P.Brousse, a ainsi conduit à des mouvements importants de démotivation du personnel: opposition au projet, demande de mutation, absentéisme<sup>17</sup>.

De même, la motivation des agents est aisée à mobiliser dans le cadre d'une procédure de spécialisation de l'activité du service vers un pôle d'excellence ou vers une polyvalence accrue, la motivation du personnel est variable. L'évolution de l'activité du site d'Eaubonne vers une spécialisation accrue<sup>18</sup>, considérée comme valorisante par le personnel, a ainsi été bien accueillie. La fusion n'a donné lieu, sur le site d'Eaubonne, qu'à peu de mouvements sociaux spécifiques.

La maîtrise des réactions du personnel aux évolutions induites par la coopération est difficilement prévisible par les responsables hospitaliers.

Au-delà de l'appréciation objective du caractère valorisant ou non pour les agents d'une évolution d'activité, entre en ligne de compte une appréciation subjective et individuelle des agents sur leurs compétences, capacités de gestion du stress et capacités d'absorption d'une activité accrue et complexifiée.

La réception du projet d'évolution vers une maternité de niveau III sur le site de Poissy, à la faveur de la fusion avec l'établissement de Saint Germain, est éclairante de cette complexité. Le processus de fusion des établissements de Poissy et Saint Germain a en effet suscité un mouvement important de départs du personnel de la maternité de l'établissement de Poissy, engendrant le renouvellement de la moitié de l'équipe des sages-femmes. Le projet de

---

<sup>17</sup> De même, les regroupements importants d'activité notamment cardiologique, prévus sur le site de Montfermeil à la faveur de la fusion avec l'établissement du Raincy, a représenté une évolution non souhaitable pour le personnel du Raincy, se traduisant par un fort taux d'absentéisme et de velléités de départ.

<sup>18</sup> Maternité de niveau III, cardiologie de niveau II, USIC.

spécialisation de la maternité à un niveau III de prise en charge a donné lieu, au sein de l'équipe, à l'expression d'une appréhension vis-à-vis du stress, des exigences supplémentaires de qualifications, ainsi que des responsabilités accrues par la prise en charge des maternités à haut risque.

### **1.1.2 De nombreux obstacles statutaires s'opposent néanmoins à la mobilité et au redéploiement des agents**

La complexité et la rigidité des règles statutaires, régissant l'exercice des agents de la fonction publique hospitalière, ainsi que des praticiens hospitaliers, sont susceptibles d'entraver l'optimisation de la gestion des ressources humaines permise par la coopération.

Dans le cadre des travaux préparatoires au projet de loi de financement de la sécurité sociale, le rapport EVIN liste les freins, pour la plupart statutaires, à la mise en œuvre d'actions de coopération sur le plan des ressources humaines.<sup>19</sup>

La suppression des obstacles d'ordre réglementaire aux actions de coopération représente un enjeu supplémentaire depuis l'ordonnance du 24 avril 1996. Conformément aux principes posés par l'ordonnance du 24 avril 1996, la mise en œuvre d'actions de coopération n'est plus, pour les responsables hospitaliers, une simple faculté mais une obligation.

Il est donc nécessaire de la faciliter sur le plan du droit, de la même façon que l'évolution souple du droit communal a permis de renforcer la coopération communale.

#### **1.1.2.1 Les obstacles posés à la mobilité du personnel par le statut des personnels médicaux et para-médicaux sont nombreux.**

Compte tenu des rigidités statutaires, la gestion des conséquences sur les effectifs des actions de coopération ne peut se faire aussi facilement qu'il serait souhaitable, afin d'assurer l'efficacité de l'organisation du travail.

---

<sup>19</sup> De même, le rapport de la Conférence des directeurs de Centres Hospitaliers Généraux formule en 1998 des propositions visant à favoriser la traduction, sur le plan des ressources humaines, des actions de coopération inter-hospitalière. Plus récemment, en début 2000, la charte présentée par l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers a souligné la nécessité d'harmoniser les statuts des personnels, afin de donner une dynamique nouvelle à la coopération.

*1.1.2.1.1 Les textes statutaires ne prennent pas suffisamment en compte les contraintes particulières de la gestion des ressources humaines posées dans le cadre de la coopération inter-hospitalière..*

*La réglementation des actions de coopération n'aborde que marginalement le champ de la gestion des ressources humaines, tout en se plaçant dans le cadre traditionnel posé par le statut de la fonction publique hospitalière et les statuts particuliers des praticiens hospitaliers.*

L'absence de base juridique spécifique conférée à la gestion des ressources humaines dans un cadre de coopération est la source d'incertitudes de la gestion du personnel qui est assurée dans un tel contexte.

Un risque contentieux particulier s'attache ainsi à la gestion des ressources humaines en contexte de coopération. Il résulte également des lacunes des textes un mode de gestion marqué par la prudence et le caractère peu novateur des solutions avancées.

L'ordonnance du 24 avril 1996 ne traite en effet du personnel hospitalier dans aucune de ses dispositions.

Malgré le changement de grande ampleur du système hospitalier porté par la réforme, les statuts des fonctionnaires et des praticiens hospitaliers ne sont pas substantiellement modifiés. Le rapprochement des acteurs de santé, rendu obligatoire par l'ordonnance du 24 avril 1996, doit ainsi se faire en l'état des textes.

Les différents textes institutifs des structures de coopération entre établissements publics de santé ne traitent pas davantage d'une façon spécifique du personnel hospitalier.

Ainsi, la possibilité d'intervention commune des professionnels de santé n'est-elle pas explicitement prévue par les textes constitutifs du GIP, à la différence de la réglementation relative au GCS, dont la vocation est d'assurer le développement de complémentarités entre établissements publics de santé et établissements privés à but lucratif.

*Les textes relatifs aux structures de coopération ne prévoient pas d'aménagement particulier des règles statutaires, afin de faciliter leur mise en œuvre sur le plan des ressources humaines.*

En effet, conformément à l'article 713-12 du Code de la Santé Publique, le "fonctionnement des structures de coopération s'exerce dans les conditions définies par voie

réglementaire". L'édiction de textes d'application des dispositions du code de la santé publique, qui auraient dû conduire à orienter la gestion des ressources humaines dans le cadre particulier de la coopération inter-hospitalière, n'est que partiellement intervenue<sup>20</sup>.

En l'absence de texte juridique spécifique, la réglementation générale et préexistante de la gestion du personnel hospitalier s'applique au cadre de la coopération inter-hospitalière.

En matière de ressources humaines, la gestion doit être réalisée en conformité avec les notions préexistantes du statut de 1986, dont la finalité n'est pas de couvrir des actions permanentes et institutionnalisées de coopération.

Les Agences régionales de l'hospitalisation, et singulièrement les directeurs de ces structures, disposent de nombreuses compétences dans un cadre de la coopération entre les établissements publics de santé, mais n'ont aucune compétence directe vis à vis de la gestion des ressources humaines des établissements.

*Les obstacles au partage d'activité des fonctionnaires et des praticiens hospitaliers constituent un frein essentiel au développement de la coopération inter-hospitalière en matière de ressources humaines.*

Les obstacles quotidiens de la gestion des ressources humaines, découlant de l'inadaptation des statuts aux exigences de la coopération, sont nombreux.

L'intervention d'agents d'un établissement dans des structures partenaires constitue un important facteur de développement de la coopération entre établissements. La gestion du personnel, réalisée dans ce cadre, est relativement aisée pour les responsables hospitaliers. Elle implique un partage des charges sous la forme d'un remboursement à l'établissement employeur. Il s'agit de la formule la plus adaptée dans le cadre d'une coopération entre deux établissements.

Cette modalité souple de coopération entre établissements rencontre néanmoins de nombreuses difficultés juridiques d'utilisation dans le cadre des statuts régissant les personnels hospitaliers.

---

<sup>20</sup> Les décrets d'application, existant en ce qui concerne la mise en œuvre des structures de GIP et de SIH, ne mentionnent à aucun moment la gestion des ressources humaines.

Cette possibilité n'étant pas prévue par le statut des fonctionnaires hospitaliers, les responsables hospitaliers ne peuvent en faire usage pour le personnel titulaire des secteurs soignants, logistique et administratif.

Conformément au principe posé par les articles 39 à 64 de la loi du 9 janvier 1986 et le décret du 13 octobre 1988, le fonctionnaire hospitalier ne peut exercer son activité que dans l'établissement dont il relève administrativement<sup>21</sup>.

Bien que cette possibilité soit juridiquement ouverte pour le personnel médical, son application est entravée par de nombreuses ambiguïtés, ainsi que des différences de traitement selon le statut des praticiens concernés.

Le partage d'activité médical présente un intérêt certain pour développer la coopération entre établissements de santé.

Le partage d'activité médical constitue en effet un élément moteur essentiel du rapprochement entre établissements, même s'il ne concerne qu'un nombre limité de praticiens. Le partage d'activité représente d'ailleurs souvent une opportunité appréciée par les praticiens. Il peut donner lieu à la possibilité d'utiliser les équipements spécialisés de centres hospitaliers, dont le dynamisme de l'activité assure un exercice de qualité.

La possibilité donnée aux praticiens d'assurer leur exercice dans le cadre de plusieurs établissements présente néanmoins une portée et une organisation variables selon les statuts des personnels médicaux.

La possibilité est la plus large pour les praticiens régis par le statut des praticiens adjoints contractuels. Ces praticiens sont en effet régis par des dispositions réglementaires particulières en la matière<sup>22</sup>.

Pour les praticiens hospitaliers, la possibilité de partage d'activité est prévue, mais ne présente pas une définition aussi précise, sur le plan juridique, des modalités de sa mise en œuvre.

Le développement de cette modalité d'exercice hospitalier bénéficie toutefois de l'incitation donnée au partage d'activité des praticiens par trois décrets du 6 juillet 1999, témoignant d'avancées réglementaires en faveur de la mobilité du personnel.

---

<sup>21</sup> Les agents titulaires doivent donc accomplir la totalité de leur temps de travail au bénéfice de leur employeur.

<sup>22</sup> La possibilité de partage d'activité a été instaurée, par voie de circulaire, sous la condition de la signature par les établissements concernés d'une convention particulière.

L'exercice dans plusieurs établissements est ainsi expressément prévu pour les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel, donnant lieu au bénéfice d'une indemnité spécifique dont le montant est fixé par arrêté.

L'usage de cette modalité d'exercice hospitalier est également encouragé par le biais des facilités de reclassement accordées aux praticiens hospitaliers, dont l'emploi a fait l'objet d'une opération de restructuration<sup>23</sup>.

Enfin, les activités d'intérêt général, auxquelles les praticiens hospitaliers temps plein peuvent désormais consacrer une demi-journée par semaine, en vertu du décret du 6 juillet 1999, peuvent s'effectuer à l'intérieur ou à l'extérieur de leur établissement d'affectation. Elles peuvent donc nourrir une action de coopération.

*L'usage de ce mode d'exercice de partage d'activité entre plusieurs établissements induit une complexification des règles de gestion du personnel pour les responsables hospitaliers en charge des ressources humaines.*

Cette complexification accrue de la gestion des ressources humaines présente un coût pour les établissements, fondé sur la complexification du processus de décision et l'accroissement du temps consacré à la transmission d'informations, nécessaires pour assurer la coordination de la gestion des établissements<sup>24</sup>.

Les problèmes susceptibles de se poser dans ce cadre sont en effet multiples, et couvrent l'ensemble des champs de la gestion des ressources humaines.

L'exercice de ce mode d'activité implique de définir les compétences respectives des praticiens des deux établissements, et par conséquent les cas de déplacement auquel ce partage de compétences donne lieu.

La mise en place de la fédération de chirurgie entre les établissements de Dourdan et de Rambouillet a ainsi fait obligation de définir, un ensemble de questions concernant la prise en charge des frais financiers des déplacements, la détermination des responsabilités

---

<sup>23</sup> L'opportunité leur est offerte, dans ce cadre, de se porter candidats à un poste vacant sans avoir exercé trois ans dans leur emploi, comme l'impose la règle générale applicable aux demandes de mutation.

<sup>24</sup> La gestion optimale de ce mode d'exercice d'activité exige en effet la contractualisation de l'ensemble des éventualités susceptibles de se poser dans ce cadre. Dans ce cadre, les établissements doivent faire face à un coût élevé de négociation de la contractualisation réalisée a priori, ainsi qu'à un coût d'ajustement de la convention aux écueils rencontrés.

respectives des établissements, le mode de comptabilisation du temps de travail et les solutions contentieuses en cas de divergence d'interprétation de la convention<sup>25</sup>.

*Pour le personnel non médical, l'usage des positions d'activité les plus proches des modalités du partage d'activité est handicapé par un déficit de souplesse.*

Les modalités légales de la coopération en matière de personnel paramédical sont enserrées dans un cadre contraignant, ne permettant pas l'utilisation souple qui est requise dans le cadre d'une coopération entre plusieurs établissements hospitaliers.

En effet, les positions d'activité des fonctionnaires hospitaliers représentées par la mise à disposition et le détachement, dont l'utilisation est fréquente dans le cadre d'actions de coopération dans la mesure où elles représentent les formules de coopération les plus proches du partage d'activité, présentent de nombreuses contraintes dans leur mise en œuvre.

L'utilisation de ces modalités de coopération implique en effet de considérer au cas par cas l'opportunité et la faisabilité de la mise à disposition ou du détachement d'un agent, dans la mesure où le recueil explicite de son accord est requis dans ce cadre.

Il en résulte une lourdeur particulière de la procédure, ainsi qu'un délai important de mise en œuvre des modalités de la coopération entre établissements. La mise en œuvre de la coopération inter-hospitalière, qui s'effectue fréquemment dans l'urgence et peut porter sur un volant non négligeable d'emplois, est singulièrement handicapée par ce temps de latence.

Les cas de recours à ces modalités de coopération en matière de ressources humaines sont en outre trop strictement conçus pour offrir la possibilité d'en faire massivement usage. Il est ainsi impossible, sur le plan juridique, de détacher un agent sur un emploi correspondant au corps auquel est rattaché son emploi initial, alors qu'il s'agit du besoin le plus fréquent dans un cadre de coopération entre établissements dont l'activité est similaire.

Enfin, ces modalités ne permettent pas d'organiser une véritable souplesse en termes d'organisation du travail. Les statuts font en effet obligation à l'agent détaché ou mis à disposition d'intervenir à temps plein dans l'établissement d'accueil.

---

<sup>25</sup> La convention constitutive a ainsi dû régler les problèmes susceptibles de se poser dans le cadre de la prise en charge financière des frais de déplacements. La question des responsabilités respectives des établissements vis-à-vis des accidents dont sont victimes les praticiens dans le cadre de leurs déplacements et de l'exercice de

*Les marges d'utilisation ouvertes, pour mettre en œuvre une coopération en termes de ressources humaines par le pourvoiement de postes vacants, sont limitées.*

La souplesse en terme de gestion des ressources humaines, conférée par l'utilisation du pourvoiement de postes vacants, est réduite.

Le volant d'emplois susceptibles d'être concernés par une vacance de postes est faible à un instant donné.

Compte tenu de l'illégalité de l'incitation à la mutation exercée vis-à-vis des agents, les établissements ne peuvent que profiter des postes spontanément rendus vacants. Dans la plupart des établissements, tel Poissy-Saint Germain, le mode de gestion des redéploiements est ainsi fondé sur le principe du volontariat.

L'utilisation de cette opportunité ne peut représenter un outil de gestion prévisionnelle des emplois qu'à la condition que la coopération ait été suffisamment anticipée ou que la somme des emplois représente une masse suffisante.

Les établissements engagés dans une action de coopération se trouvent néanmoins fréquemment placés dans la nécessité de gérer des demandes massives de mutation, à la faveur des changements induits par la coopération<sup>26</sup>.

*Les obstacles au reclassement des personnels dont l'emploi est supprimé représentent un frein à la gestion optimale des redéploiements.*

Les obstacles posés au reclassement des personnels dont l'emploi est supprimé rendent nécessaire d'intégrer un délai dans la réallocation des moyens nécessaires à la mise en œuvre des restructurations. Ils réduisent d'autant la flexibilité d'adaptation des établissements au changement.

Le statut des fonctionnaires publics hospitaliers organise en effet une procédure lourde de reclassement des agents dont l'emploi est supprimé, génératrice d'un délai important d'adaptation des établissements au changement<sup>27</sup>.

---

leur activité a dû également être clarifiée. De même, la charge du reclassement des praticiens doit être répartie entre les établissements, dans le cas de suppression de l'activité qui a été l'objet du partage d'activité.

<sup>26</sup> Même s'ils sont le signe d'une désorganisation des services concernés, ils peuvent représenter l'opportunité d'une impulsion nouvelle donnée à la gestion des ressources humaines.

En contexte de changement, la gestion des mouvements de personnels hospitaliers ne constitue donc pas une gestion immédiate, exempte de répercussion sur l'activité réalisée par l'établissement.

En l'absence de décret d'application de la loi du 9 janvier 1986, posant le principe d'une priorité de recrutement des agents faisant la demande d'une mutation, la liberté est par ailleurs laissée aux établissements d'accueil de gérer ces reclassements en fonction de leurs priorités et de leurs postes vacants, ce qui induit des différences dans le traitement des agents dont le poste est supprimé.

Les conséquences de la lourdeur de la procédure de la gestion des demandes de mutations sont larges en matière de gestion des ressources humaines. Pour cette raison, les établissements accordent une priorité au recrutement de contractuels ou de nouveaux agents par la voie de concours, qui représente un frein supplémentaire aux demandes de mutation des agents.

*Les conditions d'avancement du personnel hospitalier constituent un obstacle à la mobilité des agents.*

Par rapport au secteur privé, les règles strictes d'avancement en vigueur dans la fonction publique hospitalière, ainsi que la structure des rémunérations qui y prévaut, constituent des obstacles spécifiques à la mobilité des agents hospitaliers qui serait susceptible de s'exercer dans le cadre d'une coopération.

Les établissements de santé ne peuvent ainsi user à volonté de l'outil d'accompagnement du changement représenté par la valorisation de la mobilité et de la promotion professionnelle.

Les quotas, posés par le statut hospitalier, au nombre d'agents en droit de solliciter le bénéfice d'un avancement de grade aboutissent en effet à un gel de la mobilité des agents susceptibles de bénéficier d'une promotion.

Ces principes limitent les recours aux mutations ou aux mobilités volontaires entre établissements. Le mode de gestion de leur carrière par les agents hospitaliers qui découle de ces principes, singularise fortement le secteur hospitalier public par rapport au secteur privé<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Compte tenu des règles en matière de publicité sur les emplois vacants, les mutations de personnels titulaires sont gérées par les établissements dans le cadre d'une procédure lourde.

<sup>28</sup> Il est constitué de décisions qui ne sont pas prioritairement appuyées sur un intérêt d'ordre professionnel, mais sur un intérêt de progression au sein du statut.

De la même façon, le système de notation, en excluant les périodes de formation du bénéficiaire de l'attribution d'une note, n'incite pas les agents hospitaliers au suivi de formations qualifiantes.

Enfin, la structure des rémunérations qui caractérise la fonction publique hospitalière représente une fonction linéaire des indices, qui ne rend par conséquent pas toujours favorable, au plan financier, l'investissement professionnel et personnel nécessaire pour bénéficier d'un changement de grade ou de corps.

1.1.2.2 Les obstacles financiers peuvent handicaper la mise en oeuvre d'une politique active de redéploiement par les établissements engagés dans une action de coopération.

La gestion des problèmes de ressources humaines suscités par la coopération inter-hospitalière est constitutive d'une charge au niveau de chaque établissement engagé dans une telle procédure, mais représente également un coût pour l'ensemble du système hospitalier public, qu'il lui est difficile d'assumer dans le contexte actuel de restrictions budgétaires.

*1.1.2.2.1 La gestion des problèmes de ressources humaines suscités par la coopération représente un coût micro-économique immédiat.*

Pour les établissements engagés dans une action de coopération, la gestion des emplois représente en effet un enjeu économique et financier, que les structures hospitalières sont contraintes d'intégrer dans les décisions prises en matière de gestion du personnel.

*La gestion des conséquences, en terme de ressources humaines, des actions de coopération comporte, en premier lieu, un coût direct, dont la prise en charge ne peut être différée par les établissements.*

Le coût direct de la prise en charge par les établissements des conséquences de la coopération sur la gestion des ressources humaines comporte, pour une majeure partie, les mesures assurant l'accompagnement social des redéploiements.

Ces mesures ont pour objectif de prendre en charge financièrement les changements impliqués, dans la vie professionnelle et personnelle des agents, par le transfert du lieu de leur activité et les modifications des conditions d'exercice de leur travail.

Du fait de la diversité des changements induits par un processus de coopération sur les conditions d'activité des agents, l'accompagnement social des redéploiements comporte dans ce cadre de nombreux volets. Il inclut le financement des formations nécessaires à la reconversion des personnels et la prise en charge partielle des formules de cessation progressives d'activités engagées dans ce cadre. Il assure également la prise en charge des frais de mobilité du personnel liés aux déplacements ponctuels entre établissements et aux transferts d'activité sur un site unique.

Bien que le dispositif FASMO ait pour vocation de prendre en charge financièrement une grande partie de ces mesures, un surcoût peut demeurer à la charge des établissements, soit que leur demande ait été insuffisamment étayée pour donner droit aux mesures FASMO, soit que la nature des mesures d'accompagnement engagées par les établissements n'entre pas dans le cadre strict du dispositif.

Afin d'assurer un accompagnement de la mobilité des agents dans le cadre du transfert d'une partie de ses capacités d'hospitalisation au plus près de la population dans les différents arrondissements parisiens, l'établissement public spécialisé de Maison Blanche a ainsi engagé de nombreuses mesures innovantes et onéreuses, n'entrant pas dans le champ d'application des mesures FASMO. Ces transferts, très éclatés géographiquement<sup>29</sup>, requéraient le changement de lieu d'exercice pour la majorité du personnel soignant, mais aussi administratif et logistique. Un tiers du personnel soignant de l'établissement exerce actuellement dans Paris intra muros<sup>30</sup>.

*Les établissements engagés dans une coopération doivent également faire face au coût indirect des redéploiements mis en œuvre, représenté notamment par le coût de la mise en adéquation des locaux et matériels aux évolutions des conditions d'exercice de l'activité.*

---

<sup>29</sup> Une partie de ces transferts est d'ores et déjà réalisée dans le 19<sup>ème</sup> arrondissement (60 lits). Des projets d'implantation sont en cours de réalisation pour le 20<sup>ème</sup> arrondissement (120 lits), le 9<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> arrondissements (une centaine de lits).

<sup>30</sup> Dans le but d'assurer aux agents de l'établissement une aide financière au changement de logement, de nombreuses conventions ont été passées avec des bailleurs de logements sociaux, impliquant une réservation coûteuse. Un investissement particulier a également été fait par les responsables hospitaliers, afin de permettre la conciliation de la vie professionnelle et familiale des agents dans ce nouveau cadre d'activité, notamment par la constitution de crèches sur les sites d'activité ou la passation de conventions avec des structures d'accueil déjà constituées. Enfin, en matière de facilitation des transports l'établissement a assuré au personnel la réservation de places de parking et l'octroi de cartes orange.

Au-delà du coût de l'accompagnement social des redéploiements, les actions de coopération nécessitent des aménagements matériels, permettant d'adapter les conditions de travail des agents aux évolutions, en nature et en volume, de l'activité induite par la coopération.

La nécessité de tels aménagements se fait particulièrement sentir dans le cadre d'une spécialisation de services, faisant apparaître une complémentarité entre les établissements parties à la coopération, ainsi que dans le cadre d'une rationalisation des moyens consécutive à une fusion.

Selon l'enquête réalisée par la FEHAP en 1998 sur les expériences de coopération engagées entre établissements publics de santé et établissements privés à but lucratif, 24% des actions de coopération repérées par l'enquête ont pour objet une répartition concertée d'activité par spécialité, et dans 21% des cas une orientation concertée du malade.

Dans le cadre de ces réorganisations poussées d'activité, l'environnement matériel et organisationnel de travail des agents ne peut être maintenu constant<sup>31</sup>.

L'ampleur des travaux ayant accompagné la mise en œuvre de la fusion des établissements d'Eaubonne et de Montmorency est significative de l'exigence d'adaptation des conditions d'exercice de l'activité au contexte de fusion. L'accompagnement de la fusion a en effet comporté un lourd programme de restructuration immobilière, visant à adapter les conditions de travail du personnel aux nouvelles missions remplies sur les deux sites. Le nouvel établissement a engagé en 1999 un programme de travaux pluriannuel, visant à assurer la rénovation et la transformation du site de Montmorency.

Ces travaux représentaient la condition du transfert du personnel du service de maternité sur un site unique, de l'extension du bloc opératoire du site d'Eaubonne<sup>32</sup>, ainsi que de l'adaptation des locaux aux nouvelles missions prises en charge dans le cadre de la fusion.<sup>33</sup>

*Par un phénomène d'effet report, les restructurations engagées dans le cadre de la coopération inter-hospitalière représentent également un coût macroéconomique, supporté par l'ensemble du système hospitalier.*

---

<sup>31</sup> Même dans les cas où la réorganisation se fait dans le cadre d'une capacité réduite, elle nécessite un aménagement des conditions de travail du personnel, tant en termes d'une adaptation des locaux, que d'une adaptation des matériels.

<sup>32</sup> Rendu nécessaire par le regroupement des activités de chirurgie orthopédique et traumatologique.

<sup>33</sup> Soins aigus, soins de suite, soins de longue durée.

Les dépenses de redéploiement du personnel engagées par les établissements liés par une action de coopération suscitent un "effet report", qui s'exerce au détriment de la collectivité du système hospitalier<sup>34</sup>.

Ainsi, les actions de coopération peuvent dégager, dans un délai réduit, un volant de personnel suscitant une mutation dans un autre établissement.

Les établissements géographiquement proches de ceux ayant engagé une action de coopération sont, dans ce cadre, fréquemment confrontés à un surcoût en matière de recrutement de personnel, lié au coût supplémentaire du financement des mutations par rapport au recrutement par concours d'agents sans ancienneté. Ces recrutements pèsent, par l'intermédiaire du phénomène de glissement vieillesse technicité, sur les dépenses de personnel de ces établissements<sup>35</sup>.

#### *1.1.2.2.2 Le contexte budgétaire est déterminant pour assurer une gestion optimale des problèmes de ressources humaines posés dans le cadre de la coopération.*

Il est difficile de réformer ou de faire évoluer les structures hospitalières à coûts constants voire réduits, y compris dans un cadre de fusion ou de coopération, susceptible de générer à moyen terme une réduction des coûts fixes de la production hospitalière.

*Les restrictions budgétaires compromettent la réactivité des établissements aux changements induits par la coopération, en terme de gestion des ressources humaines.*

La gestion financière des problèmes de gestion des ressources humaines est délicate dans un contexte de restrictions budgétaires, qui a abouti à modifier durablement la structure des dépenses hospitalières.

Conformément à l'objectif de rééquilibrage, entre les différentes régions françaises, de la valeur du point ISA réalisé par les structures hospitalières, les établissements publics

---

<sup>34</sup> Il est assimilable à un effet externe, puisque la gestion des ressources humaines d'établissements non concernés par la coopération peut, de façon indirecte, recevoir l'impact des conséquences des actions de coopération sur le mode de gestion du personnel.

<sup>35</sup> La priorité doit en effet être accordée au recrutement d'agents titulaires dont l'emploi est supprimé. Ce principe général de la fonction publique hospitalière fait l'objet de préconisations particulières de l'ARH lorsque le recrutement de personnel en mutation est consécutif à des actions de coopération. Le coût généré par la gestion sociale de la coopération est ainsi en partie supporté par les établissements externes à la coopération.

d'Ile de France sont confrontés depuis 1996 à des taux de progression de leur budget qui sont inférieurs à la moyenne nationale<sup>36</sup>. Leur évolution a même été négative en 1997, en réduisant le budget d'Ile-de-France de 0,8%.

Bien que le desserrement de cette contrainte soit sensible depuis 1999, la structure des dépenses a été, de ce fait, durablement modifiée.

Il en résulte une absence de flexibilité de la gestion des ressources humaines, qui est susceptible d'entraver la réactivité des établissements aux changements induits par la coopération.

Les difficultés qui découlent des restrictions budgétaires, sur le plan d'une gestion optimale des ressources humaines, sont multiples. Les restrictions budgétaires alimentent en effet les tensions. Plus encore que le fait de la recomposition rapide du tissu hospitalier de la région Ile-de-France, le cadre budgétaire serré dans lequel ces restructurations se sont exercées explique en grande partie le mouvement de grève de la fin 1999 et du début 2000.

Le maintien, pendant plusieurs exercices budgétaires, de fortes restrictions a conduit les établissements à utiliser toutes les marges possibles de redéploiement interne, dans l'impossibilité de créer de nouveaux postes.

Le gel ou la limitation de la progression des moyens budgétaires force en effet les établissements à limiter l'évolution du poste le plus important en masse qu'est le budget du personnel.

Le volant d'emplois hospitaliers, susceptible d'offrir des marges de manœuvre au redéploiement de personnel, est ainsi fortement réduit.

Un contexte budgétaire particulièrement restrictif pendant la période précédant la coopération aboutit à geler les marges de manœuvre de la politique de redéploiement nécessaire. Tel a été le cas dans le cadre de la fusion des établissements d'Evry et de Corbeil, qui a été réalisée alors que les deux structures avaient été confrontées, pendant les quatre ans précédant la fusion, à un gel de leurs moyens, rendant nécessaire la suppression de 150 emplois. Les réorganisations d'activité induites par la fusion ont du être effectuées hors de toute marge de redéploiement du personnel placé en difficulté par le nouveau contexte de travail<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> En 2000, ce taux s'élève à 2,20% en moyenne nationale, alors qu'il est de 1,25% pour la région Ile-de-France.

<sup>37</sup> L'acceptation du changement par le personnel a été rendue d'autant plus difficile que la nouvelle restructuration était assimilée, en contexte budgétaire restrictif, à des suppressions supplémentaires d'emplois.

La moindre progression des dépenses a conduit, en outre, à une répartition de la contrainte budgétaire au détriment des dépenses du personnel. Selon une corrélation fortement positive et immédiate, les contraintes posées à l'évolution des dépenses de personnel se sont traduites par une réduction de l'effort de formation du personnel hospitalier, alors que celui-ci constitue une variable clé afin de faire naître des restructurations une dynamique d'évolution positive des agents.

Par ailleurs, l'opacité persistante à moyen terme du cadre financier compromet la réactivité des établissements au changement en terme de gestion des effectifs.

Enfin, au sein même du budget alloué au personnel, les restrictions budgétaires forcent à des arbitrages en termes de types d'emplois, aboutissant à une modification de la structure d'emplois qui ne s'avère pas toujours favorable à la productivité et à la qualité des prestations hospitalières.

Dans le cadre des restructurations induites par la coopération, la réduction des postes logistiques sert ainsi fréquemment à gager le maintien des postes soignants<sup>38</sup>.

*L'accompagnement financier des restructurations représente fréquemment un enjeu majeur de l'acceptation de la coopération par le personnel.*

Le problème de l'accompagnement financier du redéploiement de personnels se pose de manière particulièrement aiguë lorsque le transfert de compétences entre deux établissements requiert un transfert de moyens concomitants. Sans transfert de moyens adaptés, tant à l'activité actuelle qu'à sa montée en charge prévisible, un tel transfert de compétences risque de ne pas être accepté par l'établissement d'accueil.

La coopération instituée entre l'établissement public spécialisé P. Guiraud et le centre hospitalier P Brousse est confrontée à une telle problématique<sup>39</sup>. L'adaptation des moyens financiers aux évolutions de l'activité, que seront amenés à assurer les services de P. Brousse, est l'une des conditions essentielles de l'acceptation à terme du projet par le centre hospitalier de P. Brousse<sup>40</sup>.

---

<sup>38</sup> Cette gestion à court terme des effectifs peut être à l'origine de la dégradation de la qualité des prestations hospitalières, alors même que celles-ci représentent un élément essentiel de la qualité de la prise en charge hospitalière, notamment dans les services de long ou de moyen séjour.

<sup>39</sup> Elle vise à assurer le transfert, entre les deux établissements, d'une partie de la prise en charge en hospitalisation des pathologies psychiatriques.

<sup>40</sup> Un tel accompagnement financier est notamment requis pour permettre au personnel de continuer à exercer dans des conditions adéquates.

C'est la raison pour laquelle les deux établissements ont été contraints de négocier une modification des équilibres entre les apports, en terme de crédits d'exploitation, des deux partenaires, afin d'assurer un fonctionnement satisfaisant des activités transférées.

*Du fait du poids financier déterminant des dépenses de personnel, l'intégration des contraintes financières dans les modalités de gestion sociale des restructurations est inévitable.*

Les préoccupations budgétaires n'apparaissent que de façon indirecte dans la façon dont sont opérés les redéploiements d'effectifs, ainsi que l'accompagnement social de la coopération. Néanmoins, les préoccupations budgétaires sont bien présentes dans le budget social qui accompagne la mise en œuvre de la coopération.

Le fondement des différentes composantes du projet d'établissement est en effet de répondre à des objectifs sanitaires. Les contraintes financières ne peuvent néanmoins être écartées de la conception du projet, puisqu'elles en conditionnent la faisabilité.

Dans de nombreux cas, le projet social des établissements engagés dans une action de coopération vise ainsi à une maîtrise de la masse salariale, qui conditionne la maîtrise possible et durable de la dépense hospitalière.

Inversement, les regroupements d'activité peuvent dans certains cas conduire à des économies d'échelle en termes de coûts de fonctionnement, qui peuvent être répercutées sur le budget du personnel.

La fusion des établissements du centre hospitalier Nord Deux Sèvres donne un exemple de l'utilisation possible, au bénéfice du budget du personnel, des marges de manœuvre financières dégagées du fait de la fusion. Dans le cadre de la fusion des établissements, les marges de manœuvre financières dégagées par la spécialisation des différents sites ont été répercutées au niveau des charges de personnel, afin d'assurer le développement d'activités de compensation, ainsi que l'amélioration de la sécurité des soins. Ces marges financières ont donné lieu à des créations de postes, notamment en salle de réveil. La gestion sociale des redéploiements est largement confiée à l'autonomie des établissements.

Même si elle est facilitée par la mise à la disposition des établissements d'outils financiers d'accompagnement social, la gestion des redéploiements induits par les actions de coopération est dans une large mesure laissée à l'autonomie des établissements.

### *1.1.2.2.3 Les modalités de la gestion sociale des redéploiements sont largement laissées à la discrétion des responsables hospitaliers*

Le choix du mode de gestion des problèmes de ressources humaines posés par la coopération, ainsi que des moyens et du calendrier de sa mise en œuvre, appartient en grande partie aux établissements publics de santé, dans la mesure où ils disposent de l'autonomie juridique et financière.

Leur choix dépend largement de facteurs internes au fonctionnement de l'établissement, tenant notamment aux ressources internes, financières et humaines, susceptibles d'être mobilisées, ainsi qu'au contexte social de déroulement de la coopération.

C'est la raison pour laquelle, afin de faciliter l'appropriation du projet de coopération par les agents de l'établissement, la plupart des établissements n'ont pas recours à un audit externe, afin de gérer les conséquences humaines des actions de coopération dans lesquelles ils sont engagés<sup>41</sup>.

Une gestion autonome des évolutions professionnelles des agents est également assurée par les établissements dans le cadre du fonctionnement de la cellule d'accompagnement, financée par le dispositif FASMO. Cette cellule bénéficie d'une grande souplesse des formes de son fonctionnement, laissées à la discrétion des établissements. Selon les établissements, la prestation afférente est ainsi assurée par la voie d'un recrutement ou du recours à un cabinet prestataire extérieur<sup>42</sup>.

### *1.1.2.2.4 Des outils permettent néanmoins d'appuyer, sur le plan financier, la gestion d'un grand nombre de conséquences sociales de la coopération entre établissements.*

*Le dispositif de soutien ne présente pas d'outil financier spécifique, au plan des ressources humaines, pour accompagner la coopération inter hospitalière.*

En dépit du mouvement important de restructuration de ce secteur, les dispositifs nationaux visant à faciliter les adaptations des administrations publiques ne prennent pas suffisamment en compte la nécessité particulière d'adaptation du système hospitalier.

---

<sup>41</sup> L'évaluation de l'adéquation des effectifs et des qualifications aux évolutions d'activité est fréquemment menée en interne, ce qui est d'autant plus souhaitable dans un cadre de coopération entre plusieurs établissements, que celle-ci introduit dans le travail quotidien des agents des éléments extérieurs de référence.

<sup>42</sup> Les qualifications requises dans ce cadre sont, selon les cas, celles d'un psychologue du travail ou d'un sociologue.

Par exemple, l'indemnisation des temps de transport ou des frais de déménagement, dont bénéficient les agents de la fonction publique d'Etat, ne s'applique pas aux établissements hospitaliers avec une aussi grande souplesse des critères d'octroi.

Afin d'éviter les mouvements sociaux suscités par les restructurations hospitalières, les pouvoirs publics ont mis en place un plan d'accompagnement social qui se compose de plusieurs fonds: le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), créé par une loi du 25 juillet 1994, le fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO), créé par la loi du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, et le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO) institué par la loi de finances du 30 décembre 1997.

Néanmoins, le FASMO, qui constitue le dispositif principal d'accompagnement social des restructurations, ne présente pas d'outils permettant de gérer directement les conséquences en terme de ressources humaines des actions de coopération.

Les établissements engagés dans une action de coopération ne peuvent en effet avoir accès aux dispositions FASMO qu'au titre des restructurations engagées dans ce cadre.

De plus, un établissement ne peut solliciter l'application du dispositif FASMO qu'au titre des actions de restructurations menées en son sein, alors que la coopération coordonne fortement son activité à celle de son partenaire et devrait donner lieu à une sollicitation commune du dispositif FASMO.

Enfin, le dispositif FASMO n'offre que de façon marginale des dispositions spécifiques aux actions de coopération<sup>43</sup>.

De la même façon, le FIMHO ne donne droit à émargement des établissements engagés dans une action de coopération que dans le cadre où celle-ci donne lieu à des investissements lourds. C'est notamment le cas dans le cadre où la coopération vise à l'acquisition en commun d'équipements<sup>44</sup>.

---

<sup>43</sup> Par exception, dans le cas où deux établissements engagés dans une action de coopération, sont amenés à créer de façon commune une cellule d'accompagnement, l'aide accordée au fonctionnement de la cellule est majorée. Le bénéficiaire, en Ile-de-France, de cette possibilité n'est envisagée que pour les établissements de Maison Blanche et de Perey-Vaucluse.

<sup>44</sup> Ce type de coopération n'est pas celui engendrant les problèmes de ressources humaines dont la gestion est la plus lourde, puisqu'il conduit dans la plupart des cas à des actions de formation et de recrutement ponctuelles permettant d'assurer le fonctionnement et la montée en charge du nouvel équipement.

*Le dispositif permet néanmoins d'assurer un accompagnement financier de la gestion des sureffectifs et une incitation des agents à une évolution professionnelle.*

Le dispositif, qui repose essentiellement sur les mesures du FASMO, constitue une aide à la gestion sociale des restructurations. Le dispositif FASMO permet de prendre en charge un nombre important de conséquences des actions de coopération, notamment en terme d'accompagnement des reconversions professionnelles et des retraits d'activité suscités par la coopération.

Le dispositif FASMO permet ainsi d'assurer pour partie le financement de l'indemnité de départ volontaire et de l'indemnité de mobilité.

Le dispositif FASMO assure également un complément à l'effort de formation réalisé en interne, par le remboursement des actions de conversion des agents concernés dans ce cadre par des opérations de réorganisation. Il facilite le reclassement des agents en externe, en garantissant aux établissements d'accueil le remboursement du différentiel entre la rémunération annuelle et les charges afférentes des agents recrutés par mutation à la suite de la suppression de leur emploi.

De façon plus novatrice, le dispositif incite également les établissements engagés dans des actions importantes de restructuration, à assurer un suivi professionnel de leurs agents.

En effet, afin d'assurer un accompagnement efficient de la gestion des ressources humaines en contexte de coopération, la garantie d'un appui financier ne suffit pas. Puisque le bénéfice de ces mesures est fondé sur le volontariat, il est nécessaire d'en faire apparaître l'intérêt professionnel et personnel pour chacun. Un dispositif d'aide au suivi individuel de chaque agent est ainsi assuré par le FASMO, à la faveur du financement du fonctionnement d'une cellule d'accompagnement social, dans chaque établissement dont l'ampleur de la réorganisation le justifie. Cette mesure a déclenché la mise en place d'une cellule d'accompagnement dans une grande partie des établissements d'Ile-de-France engagés dans une action de coopération.

Les principes de fonctionnement de la cellule d'accompagnement FASMO sont particulièrement adaptés aux exigences de la coopération.

Son fonctionnement n'est pas orienté vers le but unique d'assurer un reclassement des agents favorable à la qualité des prestations hospitalières et à l'économie des moyens.

De façon plus large, il vise davantage à permettre aux agents de se positionner, dans leurs compétences et savoir-faire, par rapport au changement. A cette fin, la cellule offre aux

agents la possibilité de réaliser un bilan de compétences et d'être aidés dans l'élaboration d'un projet professionnel.

En contexte de changement, le lien est ainsi plus aisément concrétisé entre projet individuel et projet collectif.

Dans sa conception, ce dispositif est proche de la fonction des antennes de l'emploi mises en place dans le cadre des restructurations d'entreprises, sans toutefois que son fonctionnement au bénéfice des agents ne soit entravé par la connotation qui leur est attachée de réduction des effectifs.

#### *1.1.2.2.5 Le dispositif FASMO n'est pas toujours adapté aux exigences particulières de la coopération hospitalière.*

*Les limites rencontrées dans l'utilisation possible du dispositif FASMO dans un cadre de coopération sont pour une part inhérentes à la conception restrictive du dispositif.*

Le dispositif n'a, en effet, pas vocation à prendre en compte tous les cas de figure de réorganisation des activités suscités par la coopération.

D'une part, les conditions d'octroi des mesures FASMO ne sont pas toujours adaptées aux conditions de mise en œuvre des actions de coopération.

Le dispositif FASMO est en effet constitué de mesures individualisées au niveau de chaque agent, qui font l'objet d'une demande individuelle d'octroi. Les établissements engagés dans des restructurations de grande ampleur ressentent au contraire la nécessité de pouvoir gérer globalement un volant de mesures qui leur serait affecté. Il en résulterait une souplesse plus importante de gestion de ces mesures, ainsi que la possibilité de couvrir un éventail plus large de situations.

Cette lacune est renforcée par le fait que, conformément à la réglementation des subventions hospitalières, les collectivités publiques peuvent légalement octroyer des subventions aux institutions de coopération (GIP et SIH). En revanche, elles ne peuvent assurer un tel soutien financier dans le cadre de coopérations mises en œuvre par convention, ce qui limite les possibilités de soutien financier aux actions de coopération.

D'autre part, la conception du champ des dispositions FASMO est trop restrictive pour être en mesure de s'adapter au contexte particulier des réorganisations d'activités résultant des actions de coopération.

L'octroi de la prime de mobilité aux agents contraints à un changement de domicile, consécutif à un transfert de leur lieu d'exercice, n'est ainsi autorisé que dans le cadre où le déplacement est supérieur à 20 kilomètres.

Or, les établissements trouvent un intérêt particulier à coopérer lorsque les structures concernées sont géographiquement proches. Ce cadre se présente fréquemment en région Ile-de-France, qui est caractérisée, notamment dans Paris intra muros et en petite couronne, par une forte concentration des établissements.

Le déménagement de services ou la fusion d'établissements ne donnent pas davantage droit à la prime de mobilité aux agents qui demeurent dans la même entité juridique.

De la même façon, les aides en matière de formation accordées par le FASMO ne prennent en considération que les actions de reconversion.

La notion de reconversion retenue dans le cadre du dispositif FASMO est strictement entendue, puisqu'elle implique un changement d'emploi et de qualification. La particularité du cadre de déroulement des actions de coopération requiert, au contraire, la mise en œuvre de formations conçues plus largement, à l'instar de formations à la gestion du stress lié au changement ou à l'adaptation des pratiques aux évolutions de l'activité.

Les conditions de l'octroi de l'indemnité de départ volontaire prévoient également l'introduction d'éléments de restriction dans le champ de leurs bénéficiaires.

Dans le cadre de sa demande d'agrément, qui est appuyée sur la défense d'un projet, l'établissement est en droit de requérir que certaines catégories d'agents soient, au vu de l'intérêt général de l'établissement, exclues du bénéfice de l'indemnité de départ volontaire.

De même, l'ARH peut, dans le cas où l'établissement n'aurait pas établi de telles restrictions, en introduire au regard de difficultés particulières de recrutement de certaines catégories d'agents. La logique poursuivie en la matière par l'ARHIF est significative des difficultés des établissements de la région Ile-de-France de recrutement de personnel paramédical. L'ARHIF a en effet souhaité écarter du bénéfice de l'indemnité de départ volontaire les infirmières diplômées d'Etat, pour lesquelles la conjonction d'une pyramide des âges défavorable et de l'attraction exercée par le secteur privé a fait apparaître une pénurie.

*L'utilisation efficiente de ces dispositifs bénéficierait d'une réflexion plus approfondie des établissements sur les conséquences sociales des restructurations menées.*

La signature de conventions FASMO entre les établissements et leur tutelle est fréquemment retardée ou empêchée par le fait que les établissements ne présentent, dans

le cadre de leur demande d'agrément, qu'avec une insuffisante précision les mesures d'accompagnement social, notamment en terme de projection d'effectifs.

C'est la raison pour laquelle, en région Ile-de-France, seulement cinq conventions FASMO ont ainsi été signées en 2000.

L'établissement public spécialisé de Maison Blanche constitue une exception dans ce cadre. Cet établissement a été placé dans le contexte singulier d'avoir pu mener, lors de l'année précédant le dépôt de la demande, une réflexion poussée sur la projection d'effectifs<sup>45</sup>.

*L'accompagnement social de la coopération inter-hospitalière bénéficiera, dans l'avenir, du projet d'assouplissement des mesures et de consolidation financière du dispositif FASMO.*

Le bénéfice, par les établissements, de mesures d'accompagnement social des restructurations est aujourd'hui réduit par les limites posées au budget mis à la disposition du FASMO.

Le dispositif FASMO représente en effet une masse financière limitée, représentant 300 millions en 1999. Sa progression est néanmoins nette depuis plusieurs années.

De même, le Protocole National d'accord du 14 mars 2000 s'est-il traduit par un accroissement de la masse financière gérée par le FIMHO.

Surtout, la réforme du FASMO, envisagée dans le cadre du projet de décision modificative relative à la modernisation sociale qui devrait être examinée en septembre 2000 par le Parlement, pourra permettre aux établissements engagés dans une action de coopération de bénéficier d'une plus grande souplesse d'utilisation du dispositif.

La réforme envisagée vise en effet à constituer un fonds de modernisation des établissements de santé, reprenant, en sus des missions initiales, des fonctions novatrices.

Les aides attribués au titre du fonds de modernisation des établissements de santé pourront ainsi être accordées aux établissements eux-mêmes, et non seulement à leurs agents considérés individuellement.

Les mesures accordées dans ce cadre intégreront par ailleurs la nécessité d'améliorer les conditions de travail des agents hospitaliers, qui est une condition essentielle de l'acceptation des changements, tels qu'ils peuvent être suscités par la coopération inter-hospitalière.

---

<sup>45</sup> L'établissement de Maison Blanche n'a par conséquent pas eu de difficulté à faire aboutir sa demande d'agrément FASMO. Le bénéfice du dispositif FASMO accordé à l'établissement, venant un complément du plan de gestion interne de l'opération, a ainsi pris tout son sens.

Plus indirectement, le protocole d'accord entre le gouvernement et les représentants de la fonction publique hospitalière du 14 mars 2000, prévoit l'affectation d'une enveloppe de 2 milliards de francs au remplacement des personnels en formation. Ce facteur d'incitation à la formation représente une forme d'appui financier aux actions de restructuration.

## **1.2 DES MODIFICATIONS IMPORTANTES DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES PEUVENT DÉCOULER DE LA COOPÉRATION HOSPITALIÈRE.**

Il est fréquent que les actions de coopération fassent apparaître une inadéquation de la masse des effectifs, ainsi que de leur répartition, vis-à-vis des besoins suscités par les évolutions de l'activité. Les actions de coopération inter-hospitalière engagent également les aspects les plus essentiels de la gestion des ressources humaines.

### **1.2.1 La gestion de l'impact de la coopération hospitalière sur les effectifs est menée avec souplesse par les responsables hospitaliers.**

L'enjeu de l'adaptation des effectifs est devenu un facteur majeur de la recomposition hospitalière.

Les établissements de santé, placés en situation de concurrence forte, sont contraints de mener un raisonnement en terme de coût et de qualité des prestations<sup>46</sup>.

Une attention particulière est, par conséquent, accordée par les établissements engagés dans le cadre d'une coopération à l'adaptation des effectifs au nouveau contexte d'activité du groupement.

Néanmoins, les adaptations d'effectifs induites par les actions de coopération exercent fréquemment un rôle de catalyseur de la remise en cause, par le personnel hospitalier, des projets de coopération<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> Cette logique, qui apparaît clairement dans la logique de la coopération inter-hospitalière, se rapproche du raisonnement d'économie de marché.

<sup>47</sup> Le contexte de déroulement de la fusion des établissements d'Evry et de Corbeil souligne que la remise en cause d'un volant important de postes de travail dans un contexte de restriction budgétaire a, pour une grande part, contribué aux conflits sociaux qui ont marqué le processus de fusion.

C'est la raison pour laquelle l'impact de la coopération sur les effectifs hospitaliers est généralement géré, par les responsables hospitaliers, de façon à en limiter l'ampleur et à en lisser l'effet dans le temps.

1.2.1.1 L'impact de la coopération sur les effectifs hospitaliers est géré de façon à en limiter l'ampleur et à en lisser l'effet dans le temps.

Les actions de coopération ne génèrent pas, dans la majeure partie des cas et dans les premières phases de leur déroulement, de conséquences sensibles sur la masse des effectifs en activité dans les établissements parties à la coopération.

Ainsi, selon l'enquête, effectuée en 1997 auprès de 208 établissements, par la Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers, les actions de coopération n'ont pas d'impact sur la masse des effectifs dans 76,5% des établissements sollicités par l'étude<sup>48</sup>.

En revanche, la coopération donne lieu, pour 70% des établissements, à des redéploiements de personnels<sup>49</sup>, ainsi qu'à des actions de reconversion des agents, dans 22% des cas.

*1.2.1.1.1 Les mécanismes par lesquels la coopération exerce un impact sur les effectifs hospitaliers sont multiples.*

*Par le biais des contraintes imposées par la réglementation, les actions de coopération peuvent avoir un impact direct sur les évolutions d'effectifs, en particulier dans le cadre du regroupement de structures.*

Conformément aux articles L.712-10 et L.712-11 du Code de la Santé Publique, les actions de conversion ou de regroupement d'établissements ne peuvent être mises en œuvre que sous la contrainte de réductions de capacités obligatoires, entraînant un effet immédiat de révision des effectifs globaux.

*Plus fréquemment, les adaptations d'effectifs sont consécutives aux recompositions d'activités, qui sont organisées dans le cadre de la coopération inter hospitalière.*

---

<sup>48</sup> Dans le cas où la coopération ne laisse pas les effectifs inchangés, il est difficile de présenter une tendance claire du devenir des effectifs: l'étude fait apparaître une réduction des effectifs dans 13% des établissements publics de santé, alors qu'un accroissement des effectifs est constaté dans 18% des structures.

<sup>49</sup> En interne 53%, en externe 23%.

La coopération exerce sur les effectifs un double impact contradictoire, dont la résultante est variable selon l'ampleur des réorganisations d'activités impulsées par les établissements, selon le mode privilégié de gestion des sureffectifs, ainsi que selon la politique financière et juridique menée par les autorités de tutelle.

Conformément aux effets classiques d'un regroupement réalisé en secteur de services, l'impact immédiat d'une action de coopération poussée, évalué à niveau d'activité inchangé, est celui de la mise en évidence de sureffectifs.

Cet impact se réalise de façon certaine dans les cas où la coopération se traduit par l'arrêt d'une activité dans l'un des établissements<sup>50</sup>.

D'une façon plus aléatoire, le regroupement d'activités sur un seul site suscite un double mouvement de sens contraire, qui affecte de façon complexe le niveau des effectifs: le ratio d'effectifs nécessaires pour assurer une activité regroupée est réduit à la faveur d'une plus grande fonctionnalité, mais les charges de structure se trouvent accrues au niveau du site de regroupement.

Dans le cas où la coopération consiste en un investissement commun, une multiplicité de facteurs entre en jeu, contribuant à une diminution de la charge de travail des personnels bénéficiant de l'investissement, mais aussi suscitant le besoin de personnel supplémentaire pour assurer l'entretien et la montée en charge du matériel.

Enfin, l'acquisition d'équipements spécifiques à la faveur de la coopération, assurant une technicisation de l'activité, est susceptible de générer un effet ponctuel de substitution du capital au travail, même si la dynamique de long terme des emplois hospitaliers souligne l'absence d'un tel processus durable de substitution.

Dans le même temps, la coopération peut générer de nouvelles activités, permettant des créations d'emplois. La fusion réalisée entre les établissements d'Eaubonne et de Montmorency a permis d'assurer l'implantation sur le site d'Eaubonne d'activités nouvelles à forte spécialisation<sup>51</sup>, qui ont été à l'origine du recrutement de personnels spécialisés.

D'une façon générale, la coopération enclenche une dynamique positive d'évolution de l'activité globale des établissements, à la faveur de l'effet de confiance créé par la complémentarité auprès de la population, et de l'attractivité renforcée à l'égard des personnels hospitaliers.

---

<sup>50</sup> Cette configuration se présente fréquemment sous la forme d'hôpitaux locaux abandonnant la prise en charge en médecine pour les soins de suite.

<sup>51</sup> Pôle cardiologique avec un service d'USIC, service de réanimation néonatale, etc.

*Les difficultés d'anticipation générale de l'évolution des effectifs en contexte de coopération sont par conséquent multiples.*

Les prévisions en termes de gestion des ressources humaines, faites lors de l'élaboration du projet de coopération, reposent sur des hypothèses qui sont susceptibles d'évoluer fortement au fil de l'approfondissement de la coopération.

Les facteurs de variation de l'impact de la coopération sur les effectifs sont en effet multiples<sup>52</sup>.

L'impact des actions de coopération sur les effectifs varie en premier lieu en fonction de la nature et du degré du regroupement d'activités effectué.

Les conséquences des restructurations sur les ressources humaines ne sont pas de même ampleur selon la nature de la structure concernée par la coopération. La coopération peut en effet s'appliquer entre plusieurs établissements, mais également se dérouler entre un établissement et un service indépendant.

La logique de déconcentration des structures, qui est à l'œuvre dans le secteur psychiatrique, fait des établissements spécialisés le cadre fréquent de ce type de coopération. Il conduit les établissements d'accueil à mener à bien l'intégration d'un volant circonscrit de personnel<sup>53</sup>.

C'est le cas pour le projet d'intégration des services de l'établissement de Moisselles dans différents établissements des Hauts de Seine par la voie d'autant de conventions de coopération.

De même, cet impact dépend fortement de la situation, en termes d'effectifs, des établissements engagés dans une action de coopération, tant en matière de taux d'occupation des services hospitaliers, que de degré de diversité des densités d'effectifs entre les établissements.

Les fortes différences en terme de densités d'encadrement médical et paramédical des établissements de Poissy-Saint Germain a ainsi rendu nécessaires d'importants ajustements de compétence et d'affectation, consécutifs à la constitution du nouvel établissement.

La détermination des évolutions d'effectifs requises par les actions de coopération est par ailleurs fortement dépendante des hypothèses d'activité générée par la coopération.

---

<sup>52</sup> C'est la raison pour laquelle il peut être judicieux, pour les responsables hospitaliers, de ménager, dans le cadre de la gestion des ressources humaines, des possibilités d'ajustement des effectifs au fil des évolutions d'activités.

L'impact de la coopération sur les ressources humaines dépend fortement de l'évolution quantitative de l'activité, et particulièrement de l'utilisation optimale ou non de la nouvelle configuration d'activité par les usagers.

De même, l'évolution des types de spécialisation médicale induits par la coopération est déterminante en matière d'évolution des effectifs.

D'une façon générale, le raisonnement visant à déterminer l'adéquation des effectifs au nouveau contexte d'activité doit intégrer la dynamique des emplois, qui fait échec à une détermination simple du niveau d'effectifs requis par les évolutions d'activité.

Le raisonnement en stocks est en effet insuffisant pour déterminer le niveau d'effectifs requis à la suite d'une restructuration, dans la mesure où toute réorganisation supprime mais aussi crée des emplois.

La détermination du sureffectif dépend des choix d'investissement et d'organisation. Il dépend également de la capacité de mobilité et de formation des agents de l'établissement, et non seulement de ceux dont l'emploi est supprimé. La détermination du sureffectif passe donc par des modifications importantes de l'environnement: transformation d'autres emplois, redéfinition des charges de travail<sup>54</sup>.

#### *1.2.1.1.2 Les conséquences des actions de coopération sur la détermination des effectifs revêtent ainsi une ampleur variable.*

*Les catégories de personnel sont touchées de façon différenciée par les réorganisations impliquées par la coopération inter-hospitalière.*

Selon le type de service qu'elle concerne, la coopération inter-hospitalière ne présente pas des conséquences de même ampleur sur les effectifs hospitaliers.

En effet, les facteurs techniques de regroupement des activités ne s'exercent pas avec la même force dans l'ensemble des disciplines hospitalières.

Le projet de SROS Chirurgie en Ile-de-France est ainsi particulièrement contraignant en matière de regroupement des blocs opératoires, devant s'effectuer à la faveur des restructurations.

---

<sup>53</sup> Les conséquences qui découlent, au plan de la gestion des ressources humaines, de cette opération de transfert sont donc plus limitées pour chaque établissement d'accueil.

<sup>54</sup> De même, les gains de productivité que génèrent les restructurations, à la faveur du départ des salariés en sureffectif ne sont pas l'expression simple du rapport entre la production et le nombre de salariés. Ils varient en fonction des choix d'organisation et doivent prendre en compte les coûts de la mise en place et de l'apprentissage d'une nouvelle organisation productive (coût des départs, des recrutements, de la mobilité).

Les conséquences des restructurations d'activités revêtent une ampleur variable en terme de réorganisation du travail selon les disciplines concernées. En matière de chirurgie ambulatoire, les regroupements d'activités ne donnent lieu qu'à de faibles réductions d'effectifs, compte tenu des exigences spécifiques de ce mode de prise en charge<sup>55</sup>. La fusion entre les établissements d'Eaubonne et de Montmorency en est révélatrice. La réorientation, prévue dans ce cadre, d'une partie de l'activité du centre hospitalier d'Eaubonne vers la prise en charge ambulatoire n'a ainsi pas donné lieu à des réductions d'effectifs.

Le personnel médical est également touché de façon variée, selon ses catégories d'appartenance, par les adaptations d'effectifs consécutives aux restructurations hospitalières.

Alors que l'effectif global du personnel médical est généralement maintenu stable ou croissant à l'occasion des actions de coopération, la coopération inter-hospitalière est à l'origine d'un mouvement d'évolution de la structure des emplois médicaux.

La coopération engendre en effet un mouvement d'accroissement de la qualification et de spécialisation des emplois médicaux, lié au processus de spécialisation des activités et de mise en commun des moyens de diagnostic et de traitement.

Il en résulte une augmentation du nombre des praticiens hospitaliers temps plein, notamment afin de faire face au développement de nouvelles spécialités, par remplacement de vacations d'attachés ou d'emplois de praticiens hospitaliers temps partiel qui assuraient précédemment ces activités spécifiques de faible volume<sup>56</sup>.

En ce qui concerne l'effectif hospitalier non médical, les actions de coopération font apparaître une tendance à un recentrage des emplois sur l'activité soignante.

En effet, les gains de productivité générés par les regroupements et les rationalisations d'activité sont d'abord recherchés au niveau des activités logistiques<sup>57</sup>.

Dans un contexte de restriction budgétaire, la réduction des emplois logistiques sert fréquemment à gager le maintien des emplois soignants. La restructuration de grande

---

<sup>55</sup> Une gestion optimale des programmes opératoires est ainsi requise, de même qu'une forte coordination des équipes et une information en temps réel du médecin traitant assurant la continuité des soins.

<sup>56</sup> De même, à la faveur de la mise en commun des moyens affectés aux emplois médicaux, le besoin de recours aux assistants et praticiens adjoints contractuels peut être réduit.

<sup>57</sup> L'émergence de gains de productivité, dans le cadre des projets de mise en commun de moyens ou d'activités, est plus aléatoire pour l'activité soignante, dont l'aspect de prise en charge sociale est difficilement séparable de l'aspect technique.

ampleur telle que l'a réalisée l'établissement public spécialisé de Maison Blanche en apporte l'exemple.

La réorganisation des activités soignantes, assurée par la déconcentration des structures de prise en charge, a rendu en effet peu rentable de maintenir une activité logistique interne de grande ampleur<sup>58</sup>. En revanche, même si une adaptation des qualifications est nécessaire, le projet prévoit le maintien des emplois soignants.

Néanmoins, compte tenu de la masse d'effectifs représentée par les emplois soignants, la mise en œuvre d'un projet de suppression ou de regroupement d'activités soignantes a un impact quantitativement important sur les effectifs de l'établissement. Dans le cadre de la fusion des établissements de Evry et Corbeil, les réorganisations d'activité médicale et chirurgicale ont donné lieu à la suppression de 150 emplois.

Les actions de coopération suscitent, à la faveur de la diversification des activités, l'apparition de métiers nouveaux ou dont le contenu se trouve modifié.

Les glissements de tâches sont favorisés dans le cadre du développement de la prise en charge de proximité, de l'approfondissement de la complémentarité entre un hôpital local et un centre hospitalier ou à la faveur de la décentralisation des structures d'hospitalisation. Dans ce cadre, les métiers logistiques ont en charge le soutien de l'activité soignante dans son aspect hôtelier. De même, la gestion administrative s'effectue-t-elle au plus près du soin. Le métier soignant est enfin réorienté vers un suivi des relations avec les partenaires extérieurs (prise en charge sociale, suivi à domicile).

*Selon l'ampleur et les moyens juridiques de réalisation de la coopération, les conséquences sur les effectifs hospitaliers sont variables.*

Chaque moyen juridique possède des caractéristiques propres en terme d'implication sur la gestion des ressources humaines.

En particulier, la coopération institutionnelle n'a pas le même impact sur la gestion des ressources humaines que la coopération fonctionnelle.

La coopération institutionnelle peut en effet impliquer des modifications essentielles de la situation juridique du personnel, notamment dans le cas d'un changement d'employeur

---

<sup>58</sup> Dans le cas où toute activité d'hospitalisation serait supprimée sur le site de Neuilly sur Marne, une réduction des ¾ des effectifs logistiques, ainsi que du quart des effectifs administratifs, est prévue.

ou de création d'une nouvelle entité juridique. De même, elle appelle une réorganisation de l'ensemble des instances représentatives et gestionnaires du personnel.

La coopération organique peut au contraire ne donner lieu qu'à des modifications marginales de la situation juridique du personnel. Les modifications induites par ce type de coopération, en terme d'organisation du travail et de l'activité, se font à situation juridique constante.

Les problèmes d'effectifs se posent avec d'autant plus d'acuité que la formule de coopération permet de gérer en coordination ou en commun des services soignants.

Toutes les structures de coopération ne peuvent en effet, de façon similaire, permettre aux établissements d'assurer en commun des activités de soins.

L'objet du GIP est ainsi d'assurer une activité d'intérêt commun, mais dans le cadre de missions périphériques à celles des soins.

En revanche, le SIH peut prendre en charge toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier. A ce titre, la coopération peut ainsi concerner des missions de soins, tout en ne pouvant prendre en charge l'essentiel de la mission de service public hospitalier des établissements parties à la coopération.

De même, les problèmes quantitatifs et qualitatifs d'effectifs apparaissent avec d'autant plus d'ampleur que l'objet de la coopération est un partage d'activités et un développement de la spécialisation de chaque établissement.

Or l'objectif de complémentarités de l'activité n'est pas premier pour toutes les formules juridiques de coopération. L'objet du GIP se limite ainsi à permettre d'assurer une activité d'intérêt commun, notamment à la faveur de l'agrégation des moyens de financement d'équipements lourds.

Enfin, les changements d'ordre juridique susceptibles d'affecter la gestion des ressources humaines dépendent de la possibilité laissée aux structures juridiques de prendre en charge la gestion des personnels.

Le SIH représente ainsi un établissement d'affectation des agents hospitaliers, au même titre que l'hôpital public, conformément à l'article 2 de la Loi du 9 janvier 1986 portant statut de la fonction publique hospitalière. La possibilité qui est accordée à cette structure de prendre en charge la gestion du personnel est néanmoins limitée dans la mesure où cette structure ne

peut assurer le service public hospitalier dans toutes ses composantes<sup>59</sup>. C'est la raison pour laquelle le SIH constitué entre les établissements de Evreux et Vernon a été confronté à l'impossibilité de nommer en propre un praticien chef de service.

*Les conséquences, sur la gestion des ressources humaines, des actions de coopération sont fortement liées aux caractéristiques des établissements parties à la coopération.*

Le positionnement d'activité des deux établissements, en terme de complémentarité ou de parallélisme des activités, détermine en grande partie l'ampleur des restructurations nécessaires au développement de complémentarités.

La fusion des établissements d'Evry et de Corbeil est exemplaire d'une fusion entre deux structures de caractère généraliste, la taille similaire et marqués par une forte proximité géographique. Ces caractéristiques sont pour partie à l'origine de l'impact important des spécialisations d'activité des deux sites.

La taille des établissements représente également un facteur déterminant du mode déroulement de la gestion des ressources humaines en contexte de coopération. Le mode de gestion des ressources humaines privilégié dans le cadre de la fusion des établissements de Poissy et de Saint Germain s'est ainsi appuyé sur la masse des emplois découlant de la taille agrégée de ces deux importantes structures. La taille des deux établissements a permis de mettre en œuvre le principe du volontariat dans la gestion des redéploiements et des évolutions professionnelles des agents.

Les pratiques de gestion des ressources humaines se font également en cohérence avec la stratégie de développement menée par chaque établissement dans le cadre de la coopération.

Les conséquences de la coopération sur le mode de gestion des ressources humaines sont différentes selon que les établissements se fondent sur une stratégie de développement de la qualité de leurs prestations ou, au contraire, de réduction de leurs coûts, à éventail d'activité inchangé. Dans le cadre d'une stratégie de développement de la qualité, la coopération favorise le développement de la formation des agents, ainsi que la réflexion sur

---

<sup>59</sup> Un praticien ne peut par conséquent être nommé aux fonctions de chef de service au titre d'un service du SIH. Il appartient par conséquent à l'un des établissements publics de santé membres de créer le poste, pour mise à disposition au SIH par convention, dans le cadre de l'enveloppe budgétaire allouée.

les pratiques d'organisation du travail, en vue de renforcer l'amélioration des compétences et la recherche d'une culture favorable à l'amélioration de la qualité.

1.2.1.2 Le mode de gestion des problèmes de ressources humaines posés par la coopération est animé par la volonté de limiter les conséquences de la coopération sur les effectifs.

Les contraintes posées par le statut de la fonction publique hospitalière à la flexibilité de gestion des ressources humaines, ainsi que les difficultés du contexte social, conduisent les établissements engagés dans une action de coopération à un mode de gestion visant à limiter les exigences qu'elle induit dans l'ajustement de l'emploi.

Le mode de gestion des adaptations d'effectifs en contexte de coopération inter-hospitalière consiste, pour les responsables des ressources humaines, à saisir toutes les opportunités permettant de limiter l'ampleur quantitative de l'opération de redéploiement, notamment par l'usage des cas de mobilité naturelle.

En raison de cette phase importante d'ajustement, la réallocation des moyens humains consécutive à une action de coopération n'est pas immédiate. Les conséquences en termes de ressources humaines des actions de coopération ne peuvent ainsi être tirées que dans le long terme.

*1.2.1.2.1 Les adaptations d'effectifs, rendues nécessaires à la faveur de la coopération, s'effectuent dans le respect du statut protecteur des fonctionnaires publics hospitaliers.*

Le mode de gestion des sureffectifs par les établissements publics de santé est contraint par le statut des fonctionnaires publics hospitaliers, ainsi que par le mode de prise de décision hospitalière, conférant à travers le fonctionnement des instances consultatives, un poids déterminant aux représentants du personnel.

Le statut protège en effet dans une large mesure les fonctionnaires hospitaliers des licenciements pour cause de suppression d'emploi. En effet, en cas de suppression d'emploi, le fonctionnaire qui l'occupait doit normalement être affecté dans un nouvel emploi, dans des conditions prévues par le statut<sup>60</sup>. En outre, lorsque des suppressions d'emploi sont envisagées dans plusieurs établissements d'une même région, elles ne peuvent intervenir

---

<sup>60</sup> Titre I du statut général, article 12 ; Titre IV, article 93.

qu'après consultation, par le préfet de région, des conseils d'administration, et des directeurs d'établissements concernés, ainsi que des organisations syndicales représentatives<sup>61</sup>.

C'est la raison pour laquelle les établissements sont fréquemment contraints de reporter la charge de la réduction des effectifs sur les emplois contractuels. Ce mode de gestion des effectifs trouve néanmoins des limites, dans la mesure où la politique générale de consolidation des emplois précaires incite les établissements à mettre en œuvre en interne des principes de protection des emplois contractuels.

*1.2.1.2.2 Les contraintes conjoncturelles globales, caractérisant l'offre de compétences hospitalières, viennent renforcer la prudence suivie par les établissements dans la gestion des effectifs.*

Il y aurait une incohérence globale, au niveau du système hospitalier, à favoriser les départs volontaires à la faveur de la rationalisation du fonctionnement des structures hospitalières, alors que la pénurie de certaines catégories de métiers hospitaliers compromet le développement harmonieux de l'offre hospitalière.

C'est la raison pour laquelle, les responsables hospitaliers s'attachent à repousser l'échéance des adaptations d'effectifs, notamment en vue de l'application au système hospitalier des 35 heures, qui suscitera probablement des besoins de recrutement.

Les difficultés du contexte social hospitalier, marqué par le sentiment de la précarité des emplois hospitaliers et de la dégradation des conditions de travail, constituent également un frein à la répercussion mécanique de la restructuration sur les effectifs. Dans le cadre de la fusion des établissements d'Evry et de Corbeil, la dégradation du climat social préexistant à la mise en œuvre de la fusion a contraint les responsables hospitaliers à une grande prudence dans la gestion des effectifs, utilisant la fusion comme moyen de reclassement des agents en difficulté.

Les incidences sur l'emploi des actions de coopération dépendent ainsi fortement du rapport de force entre les stratégies des différents acteurs du système hospitalier.

---

<sup>61</sup> Titre IV, article 92.

*1.2.1.2.3 Les outils d'anticipation des évolutions d'effectifs sont essentiels dans ce cadre, afin de limiter les frottements dans l'ajustement de l'emploi.*

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences représente un intérêt particulier dans le cadre des actions de coopération. Dans ce cadre, l'anticipation des conséquences sur les effectifs, assurée par la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), revêt une utilité et une faisabilité particulières.

Ce mode de gestion des effectifs consiste à compter sur les départs volontaires à la retraite ou sur les retraits d'activité, ainsi qu'à anticiper les départs en fonction de la structure par âge et par sexe de la population du personnel.

Or, les actions de restructurations, suscitées dans le cadre d'actions de coopérations, sont en général d'ampleur modérée et sont marquées par la progressivité des évolutions, acquises au fil des orientations des projets médicaux. La mise en œuvre des outils de la GPEC dans le cadre de la fusion des établissements de Montfermeil et du Raincy a ainsi permis de dégager une trentaine de postes susceptibles de faire l'objet de redéploiements.

Dans de nombreux cas de coopération, il est néanmoins apparu nécessaire aux responsables hospitaliers d'élargir les outils permettant d'anticiper les conséquences des évolutions d'activité sur les conditions de travail des personnels.

Il est ainsi judicieux de préparer la mise en œuvre des propositions d'évolution d'activité, fixées par le projet médical, en orientant en amont le plan d'équipement médical<sup>62</sup>. De même, la possibilité de réorientation des travaux en cours dans les établissements peut permettre d'adapter, de façon flexible, les lieux de travail aux évolutions d'activité.

*1.2.1.3 Des moyens souples de gestion des sureffectifs sont mobilisés, afin de limiter les départs.*

En comparaison du secteur privé, les mesures d'accompagnement des redéploiements sont fortement développées dans le secteur hospitalier public. Elles ont pour objet de valoriser les ressources humaines de la structure, ainsi que d'atténuer les conséquences sociales du redéploiement.

Elles sont néanmoins caractérisées par une grande complexité de leur mise en œuvre. Les opérations de redéploiements doivent en effet être adaptées aux conditions de fonctionnement et aux particularités de chaque établissement en termes de ressources

humaines: taux de rotation du personnel, taux de travail à temps partiel, caractéristiques de la pyramide des âges, degré d'attractivité vis-à-vis du personnel spécialisé et qualifié, diversité des postes. L'analyse des données humaines, techniques et organisationnelles est ainsi nécessaire pour mener un redéploiement en contexte de coopération.

#### *1.2.1.3.1 La priorité est donnée au redéploiement du personnel.*

Les opérations de redéploiement de personnels, réalisées dans un cadre de coopération, revêtent de nombreuses particularités dans le cadre du système public hospitalier, par rapport au secteur privé.

En secteur public comme en secteur privé, la gestion des effectifs s'opère en différenciant la détermination théorique du sureffectif, le nombre de départs réels du site, et l'identification des personnes concernées par le départ du site. La structure hospitalière provoque les départs les plus tolérables, notamment selon les critères d'ancienneté ou de souhait de mobilité des agents.

Le coût social et économique trop élevé des départs amène fréquemment les établissements hospitaliers à limiter les réductions d'effectifs, en conservant, au moins temporairement, un personnel jugé excédentaire. La perspective de mise en place des 35 heures a justifié le maintien temporaire des sureffectifs dans de nombreux établissements engagés récemment dans un processus de fusion ou de coopération.

A la différence du secteur privé, cette procédure est fortement encadrée en secteur hospitalier public. Elle vise essentiellement le non-renouvellement des contrats, les départs volontaires et les demandes de mutation.

A la différence du secteur privé, les éléments juridiques interviennent prioritairement dans la décision, menée par les responsables des structures publiques, d'identification des agents concernés par le départ du site<sup>62</sup>. En secteur public, les seuls éléments de coût considérés sont les coûts collectifs des départs, liés au risque de grève et à la démotivation individuelle des agents.

---

<sup>62</sup> La mise en œuvre de la fusion du CH Nord Deux Sèvres a ainsi acquis une certaine souplesse à la faveur de l'orientation du plan médical vers l'accompagnement des réorientations d'activité dès l'acte de fusion.

<sup>63</sup> En secteur privé en revanche, les critères économiques sont les éléments premiers de la décision, puisque le tri est effectué en fonction des coûts de départ des agents.

La gestion des sureffectifs est facilitée en secteur hospitalier, par rapport à un secteur de services non hospitaliers, compte tenu de la palette importante de possibilités de redéploiement assurée par la diversité des métiers à l'hôpital.

Le changement de fonction peut ainsi être effectué au sein d'un même secteur d'activité, entre différents secteurs d'activité pour des emplois ne requérant pas des qualifications particulières ou encore par changement de site. La réglementation hospitalière ne pose en effet que peu de contraintes au changement d'emploi, dans le cas de fonctions ne nécessitant pas de qualification particulière. La possibilité de passerelles entre corps de métiers est encadrée par une réglementation stricte. Néanmoins, les établissements profitent des facilités accrues de requalification du personnel accordées notamment dans le cadre des différents contrats d'amélioration des conditions de travail depuis 1991.

*1.2.1.3.2 La gestion sociale des restructurations est, pour la plupart d'entre elles, fondée sur le principe du volontariat.*

*En principe, dans le respect des contraintes de fonctionnement des services, aucune mutation n'est réalisée sans recueil préalable du souhait des agents.*

L'effort réalisé par les établissements afin de limiter les contraintes qui sont imposées aux agents par le changement doit favoriser l'acceptation du contexte de la coopération. Néanmoins, le simple changement du contexte de travail nécessite de la part des agents de fortes contraintes d'adaptation, qui peut les conduire à des demandes de mutation ou à l'usage de l'absentéisme.

Même si l'impact de l'adaptation des effectifs est circonscrit à un volant d'agents volontaires, il est ressenti fortement par l'ensemble des agents de l'établissement. La gestion du changement en contexte de coopération, même si elle s'effectue de manière prudente et circonscrite à certaines catégories d'agents, donne naissance à un sentiment de fragilisation générale des emplois hospitaliers, ainsi que d'évolution permanente des pratiques et des qualifications requises.

*Le principe du volontariat est néanmoins d'une application délicate, rendant nécessaire, pour pallier les limites de son utilisation, de mettre en œuvre de multiples entorses.*

En l'absence d'un nombre suffisant d'agents acceptant de s'engager dans une évolution professionnelle, les responsables des établissements sont ainsi contraints de fixer des critères à géométrie variable déterminant les agents les plus désignés. Les modalités de

redéploiement choisies dans le cadre de la fusion des établissements de Montfermeil et du Raincy sont révélatrices de ces difficultés<sup>64</sup>.

En l'absence de souhait de mobilité des agents, l'administration de l'établissement a été contrainte de fixer des critères de mobilité de différentes natures. Le critère de compétence, désignant l'adaptation du profil de l'agent au profil du poste devant être pourvu, a été considéré comme devant être le critère premier de la décision. Le critère statutaire, qui se traduit par une priorité donnée aux titulaires par rapport aux contractuels, a servi en second lieu à désigner les agents. Dans les cas où il était nécessaire d'aller plus loin, des critères tels le lieu de logement ou la possibilité de garde d'enfants, pouvaient entrer en compte.

Du fait de leur caractère subjectif, ces critères peuvent donner lieu à contestation de la part du personnel<sup>65</sup>.

Certaines caractéristiques des établissements représentent néanmoins des éléments facilitateurs de l'acceptation de la mobilité réalisée en leur sein.

La taille de l'établissement facilite ainsi les évolutions nécessaires, dans la mesure où le principe du volontariat peut trouver application dans le cadre de transferts ponctuels dont le point d'application est une masse importante de personnels. Il s'agit d'une configuration fréquemment rencontrée en Ile-de-France. L'application du principe du volontariat est facilitée par la taille relativement importante des établissements<sup>66</sup>.

### **1.2.2 Les modifications peuvent concerner les aspects les plus essentiels de la gestion des ressources humaines.**

Même si elles peuvent ne pas apparaître dès l'élaboration du texte constitutif de la coopération, des modifications substantielles des principes les plus essentiels de la gestion des ressources humaines sont inéluctables avec l'approfondissement de la coopération.

---

<sup>64</sup> Les regroupements d'activités, fixés par le projet médical de fusion de 1999, ont en effet impliqué le redéploiement d'une quarantaine d'agents, essentiellement des aides-soignants et agents des services hospitaliers.

<sup>65</sup> Ainsi, l'usage de ces critères dans le cadre de la fusion entre les établissements de Montfermeil et du Raincy a donné lieu à contestation de la part des représentants du personnel, demandant aux représentants de la tutelle de les assouplir.

<sup>66</sup> Ainsi, la mobilité entre les deux sites de Poissy et de Saint Germain repose-t-elle sur l'établissement de protocoles de mobilité, fondés sur des transferts ponctuels volontaires sous la forme de remplacements.

1.2.2.1 La coopération peut conduire les agents à changer d'employeur ou de lieu de travail

*1.2.2.1.1 Cette éventualité se pose dans de nombreux cas juridiques de coopération*

*Conformément à la réglementation, les structures de coopération formalisées des établissements publics de santé peuvent être dans tous les cas employeurs.*

Il s'agit d'une particularité de la coopération entre structures publiques, dans la mesure où le statut du groupement de coopération sanitaire (GCS) précise que ce groupement ne peut être employeur.

Cette possibilité représente, pour les établissements publics, un facteur important de souplesse de la gestion des ressources humaines en contexte de coopération.

Chaque partenaire d'une coopération institutionnalisée peut en effet choisir entre l'alternative de permettre au groupement employeur de disposer de ses agents propres ou de conserver son personnel, tout en le mettant à la disposition du groupement.

Cette possibilité, accordée aux structures de coopération, d'être employeur en propre de personnels, est néanmoins marquée par des différences de degré, selon la formule juridique de coopération utilisée.

Le SIH a l'obligation d'être employeur des personnels affectés à l'activité qui lui a été transférée, ce qui implique un recrutement et une gestion propre du personnel.

La convention constitutive d'un groupement d'intérêt public (GIP) indique dans quelles conditions ses membres mettent à disposition de la structure de coopération des personnels rémunérés par eux. Le détachement de personnel auprès d'un GIP est également prévu par le titre IV du statut de la fonction publique. Mais un GIP peut disposer exceptionnellement de salariés propres.

Le nouvel établissement, créé dans le cadre d'une fusion, gère de façon autonome les emplois des deux établissements qui lui sont transférés dans leur intégralité.

Dans certains cas, l'appartenance juridique des personnels est néanmoins déterminée en fonction de principes complexes.

Ainsi, conformément à la récente réglementation des urgences hospitalières<sup>67</sup>, l'autorisation correspondante au SAU est réservée aux établissements de santé, et interdite aux

---

<sup>67</sup> Article R. 712-63 du code de la santé publique.

groupements de coopération. La communauté d'établissements Dourdan-Rambouillet est significative de cette complexité, puisque l'autorisation de fonctionnement du SAU a été conférée à l'établissement de Rambouillet, en complémentarité avec Dourdan<sup>68</sup>.

*Dans le cas d'une convention non formalisée de coopération, la gestion du personnel peut être confiée pour partie à un autre établissement, tout en conservant l'employeur d'origine.*

Dans ce cadre, certains attributs de l'employeur sont en effet transférés à l'établissement qui accueille une partie de l'activité des agents.

La plupart de telles conventions s'accordent afin que l'établissement prenne financièrement en charge la partie de la rémunération afférente à la part d'activité transférée. De même, il est convenu qu'il assume la gestion des problèmes de responsabilité, lors de l'exercice de l'activité en son sein et à l'occasion des trajets des agents entre les deux établissements.

*Les conséquences d'un changement d'employeur sont lourdes, d'autant plus qu'elles ne sont pas toujours déterminables au seul regard des dispositions juridiques.*

La mise à disposition de personnels est en effet fréquemment utilisée comme substitut à un changement d'employeur, constituant une solution de transition. Elle permet d'atténuer les conséquences immédiates du changement, en favorisant l'acceptation par le personnel de la nouvelle situation.

Une action de coopération peut ainsi induire, sous couvert d'une mise à disposition de personnels, la reprise à terme d'une partie du personnel par l'une des parties à la coopération. C'est le cas du transfert prévu de services entre les établissements de P.Brousse et de P.Guiraud, utilisant temporairement la mise à disposition des personnels avant que soit définitivement acquis le principe du transfert de services.

*Le changement d'employeur s'accompagne de nombreuses incidences concrètes sur le mode de gestion des agents.*

Dans la mesure où les services gestionnaires et prestataires des services aux personnels, compétents notamment en matière de paye, de gestion du temps de travail et de gestion des carrières voient leur organisation et composition varier, les interlocuteurs des agents évoluent. Les regroupements d'activités se traduisent en effet fréquemment par des

---

<sup>68</sup> Dans le cadre d'une coopération ayant pour objet le service coordonné des urgences, l'autorisation est conférée à l'un des établissements, en coopération avec l'autre structure.

évolutions de l'organigramme des services administratifs, dans la mesure où le développement de la complémentarité au niveau administratif vise à impulser une dynamique générale de rapprochement des activités. De même, les actions de coopération ou de fusion peuvent s'accompagner de mutations du personnel administratifs. Enfin, les fusions d'établissements appellent le renouvellement des instances représentatives du personnel<sup>69</sup>.

La nature des services rendus aux personnels peut ainsi changer. Les règles applicables en matière de gestion du personnel peuvent même faire l'objet d'une réflexion de refonte intégrale dans le cadre d'une fusion.

Au-delà des évolutions de la gestion des ressources humaines qu'il induit, un changement d'employeur représente un impact symbolique et culturel, fortement ressenti par les agents. Même si la communauté de travail demeure identique, le changement d'employeur signifie fortement le changement<sup>70</sup>.

C'est la raison pour laquelle le changement d'employeur cristallise l'opposition des agents au changement. Le recours porté par les représentants du personnel de Evreux-Vernon, envers le changement d'employeur représenté par la constitution du SIH témoigne de l'importance symbolique du changement d'employeur<sup>71</sup>.

*Le changement de lieu de travail est plus encore mobilisateur que le changement d'employeur.*

Le changement de lieu d'exercice cristallise les oppositions aux projets de coopération, en raison de la multiplicité des difficultés qu'il est susceptible de poser aux agents sur le plan de leur vie personnelle.

Le changement de lieu d'exercice fait en effet apparaître le problème de la disponibilité et de l'accessibilité des services au personnel: système de crèche, modalités de restauration. Les mouvements sociaux, exprimés dans le cadre de la restructuration de l'EPS de Maison Blanche, sont significatifs de l'importance des bouleversements d'ordre personnel

---

<sup>69</sup> A la faveur de la fusion des établissements de Montfermeil et du Raincy, ont ainsi dû être réalisées deux élections successives en comité technique d'établissement, par cumul du renouvellement des instances au titre de la fusion et au titre de la continuité du fonctionnement des deux sites.

<sup>70</sup> Alors même que l'importance des identités de service caractérise le milieu hospitalier, l'établissement employeur cristallise le sentiment d'appartenance à une communauté. Il représente un lieu, un ensemble de services particuliers, ainsi que des individus auxquels les agents ont l'habitude de s'adresser.

<sup>71</sup> Les conséquences de ce recours sont d'une grande ampleur, puisqu'il risque de remettre en cause le processus de coopération des deux établissements.

dans l'acceptation du changement. Ils ont en effet eu en partie pour moteur l'absence de système de garderie pour enfants en bas âge sur les lieux de l'activité déconcentrée.

#### 1.2.2.2 Une coopération poussée contraint à une refonte totale des règles de gestion des ressources humaines.

La réflexion menée, à la faveur de la coopération, sur le mode de gestion du personnel, représente l'opportunité de régulariser les divergences accumulées, par les établissements, en termes d'interprétation de la réglementation des ressources humaines hospitalières<sup>72</sup>.

##### 1.2.2.2.1 *La nécessité de l'harmonisation des règles de gestion du personnel entre les établissements s'appuie sur de nombreux fondements*

*La lourdeur du processus d'harmonisation incite les établissements à en repousser l'échéance.*

L'harmonisation des règles de gestion des ressources humaines hospitalières représente un processus lourd et complexe. Du fait de l'autonomie des établissements de santé, chaque établissement acquiert en effet ses propres règles de fonctionnement, au-delà de ce qui est strictement requis par la réglementation.

L'harmonisation des règles de gestion des établissements doit donc se faire à partir de bases très différentes<sup>73</sup>.

En outre, ce processus conduit à une complexité administrative particulièrement prononcée au niveau de la gestion des ressources humaines, marquée par la cohabitation des directions, instances, modes de fonctionnement des deux établissements.

Il en résulte une charge importante de travail supplémentaire pour les services administratifs.

Il est en effet nécessaire d'assurer, dans ce cadre, la continuité de la gestion autonome de chaque site, tout en engageant les tâches nécessaires à la mise en place de la nouvelle structure. La fusion des établissements d'Eaubonne et de Montmorency est significative du

---

<sup>72</sup> La réflexion menée dans le cadre de la fusion des établissements de Montfermeil et du Raincy était ainsi animée par le souci d'appliquer toutes prescriptions statutaires, sans avoir à négocier sur ce qui est strictement réglementaire.

<sup>73</sup> Il peut s'agir, par conséquent, d'une véritable "réinvention", notamment dans le cadre des marges de manœuvre importantes offertes par les fusions d'établissements.

constat selon lequel plus de deux ans sont en général requis pour l'harmonisation des règles de gestion du personnel, accompagnant la mise en place de la fusion<sup>74</sup>.

*Néanmoins, l'approfondissement du processus de coopération rend l'harmonisation inévitable.*

L'harmonisation des règles de gestion du personnel constitue en effet la condition de l'acceptation sociale de la coopération.

L'harmonisation s'appuie tout d'abord sur une exigence d'équité de la gestion du personnel réalisée sur les deux sites.

Les différences en termes de gestion du temps de travail, de gestion des carrières ou des congés annuels sont d'autant plus difficiles à accepter, que le personnel est amené à travailler en étroite coopération, voire de façon partagée entre les deux établissements.

Dans le cadre d'un partage d'activité sur deux établissements, il est fait application, en matière de gestion du personnel, de règles et de modalités d'organisation différentes selon le lieu d'exercice de l'activité. Il en est de même dans le cadre de remplacements exercés par des agents sur deux établissements, ainsi que dans le cadre de la mise en commun d'équipements, dont l'utilisation est régie par des règles différentes selon l'appartenance de son utilisateur.

Le champ du processus d'harmonisation des règles de la gestion du personnel doit par conséquent intégrer en premier lieu les principes de notation. L'enjeu est en effet d'assurer aux agents un traitement équitable, en matière d'avancement d'échelon et de grade<sup>75</sup>. Les difficultés du processus d'harmonisation en matière de notation rencontrées par l'établissement de Poissy-Saint Germain soulignent qu'en matière de notation, les éléments de discordance peuvent être multiples<sup>76</sup>.

De même, les différences existant en matière de règles d'avancement paritaire confèrent des opportunités inégales d'avancement à des agents pourtant dotés de caractéristiques identiques. L'acceptation du processus de coopération ou de fusion risque

---

<sup>74</sup> Dans le cadre de cette fusion prononcée le 1<sup>er</sup> janvier 1998, l'année 1998 a été consacrée à l'élaboration du projet médical, le plan directeur, le projet de soins infirmiers, le projet de gestion, le 1<sup>er</sup> volet du projet social, concernant l'harmonisation sociale, le 1<sup>er</sup> plan pluriannuel de formation continue et de promotion professionnelle. Le 2<sup>ème</sup> volet du PS n'a pu être abordé qu'en 1999.

<sup>75</sup> En l'absence de système harmonisé de notation, deux agents, dont le mérite est équivalent, peuvent être notés différemment et ainsi bénéficier de possibilités inégales d'avancement.

<sup>76</sup> Ces éléments de discordance peuvent concerner l'échelle de notation (note de titularisation, règles de progression annuelle de la note), autorités compétentes en matière de notation.

d'être fortement compromis s'il aboutit à bloquer les perspectives légitimes d'avancement des agents<sup>77</sup>.

La formalisation similaire des règlements intérieurs de l'établissement est également essentielle pour assurer que les personnels travaillant en étroite coordination ne soient pas encadrés ou orientés différemment dans leurs pratiques.

Enfin, en matière de gestion des primes, les marges de manœuvre laissées par réglementation peuvent aboutir à différencier la rémunération d'agents pourtant soumis à des contraintes identiques.

L'harmonisation des règles de gestion du personnel s'appuie par ailleurs sur un argument de cohésion sociale autour du projet et de l'institution hospitalière. L'harmonisation est en effet la condition du fonctionnement coordonné des établissements liés par la coopération ou de la structure nouvelle.

En l'absence d'une telle harmonisation, la complémentarité instaurée entre les établissements dans le cadre de la coopération peut s'accommoder d'un fonctionnement concurrent des structures. Les différences en termes de règles de gestion du personnel sont en effet fréquemment utilisées de manière concurrentielle par les établissements, afin de renforcer leur attractivité, y compris entre établissements engagés dans une action de coopération<sup>78</sup>.

Il peut résulter de ces pratiques un phénomène similaire à celui du "dilemme du prisonnier", conduisant à une dérive des dépenses de personnel et à un laxisme croissant par rapport à la réglementation.

Sur le plan financier les établissements ont tout intérêt à limiter le recours à ces avantages en nature qui permettent d'attirer le personnel spécifique, mais un établissement ne peut se permettre d'en prendre seul la décision. La coopération permet à une collectivité d'établissements de prendre, de façon coordonnée, une telle décision.

---

<sup>77</sup> L'établissement de Poissy- Saint Germain a ainsi été contraint de reconsidérer l'opportunité de mise en œuvre ou non d'une durée intermédiaire d'avancement, ainsi que le mode de calcul des quotas d'inscription aux CAP à partir du tableau des effectifs.

<sup>78</sup> Ces pratiques prennent la forme d'une attraction des praticiens assurant des gardes, par l'octroi de conditions plus favorables de leur réalisation, ou d'une attraction des personnels aux compétences spécifiques, par l'octroi d'avantages en nature en matière de rémunération.

*1.2.2.2.2 Ce processus lourd génère des conséquences multiples pour les agents hospitaliers.*

*Le poids des conséquences que le processus d'harmonisation engendre pour le personnel rend nécessaire d'user de prudence dans les principes qui le guident.*

Un certain équilibre doit être recherché, à la faveur du processus d'harmonisation, entre la soumission aux contraintes financières et le respect des avantages sociaux des agents.

En outre, compte tenu des enjeux dont il est porteur, le processus doit respecter une certaine progressivité dans sa mise en œuvre.

L'harmonisation d'un certain nombre de règles essentielles, qui est la condition de l'entrée en vigueur de la fusion, est requise dès la première année de fusion. Ainsi, l'existence d'un budget unique exige un système de notation commun et opérationnel dès l'année qui suit la fusion juridique, ainsi qu'un barème d'avancement commun.

D'autres champs d'harmonisation de la gestion du personnel, qui nécessitent une réflexion plus poussée, peuvent se satisfaire d'une mise en œuvre à moyen terme. L'établissement de Poissy-Saint Germain a ainsi considéré qu'il était possible de différer l'harmonisation du guide du temps de travail ou des modalités techniques de l'avancement.

L'urgence représentée par l'harmonisation des règles de gestion du personnel est néanmoins variable selon le positionnement respectif des établissements engagés dans une action de coopération ou de fusion. Les facteurs de l'ampleur du processus d'harmonisation sont ceux du dynamisme comparé du bassin de vie de population des établissements, de leurs contraintes particulières d'activité, ainsi que de leur cadre juridique d'exercice<sup>79</sup>.

*Les organes de gestion des ressources humaines doivent s'adapter aux exigences particulières posées par la coopération.*

Le processus d'harmonisation des pratiques de la gestion des ressources humaines a des implications multiples sur les règles de gestion du personnel et balaie l'ensemble du champ de la gestion du personnel.

---

<sup>79</sup> Il est fréquent que des établissements géographiquement proches fonctionnent selon un système très comparable de gestion du personnel. La forte proximité des établissements d'Eaubonne et de Montmorency a ainsi limité l'ampleur du processus d'harmonisation consécutif à la fusion.

L'organisation interne du service de gestion du personnel est en premier lieu contrainte de s'adapter aux changements d'organisation de l'établissement.

Le remodellement de l'organigramme est fréquemment requis par une coopération poussée, en raison du regroupement ou de la coopération étroite des directions des ressources humaines. La fusion des établissements de Poissy et Saint Germain a donné lieu à un tel regroupement administratif.

Des aménagements plus innovants peuvent être réalisés, à l'instar des établissements de Toulon / La Seyne sur Mer, caractérisés par la création d'un poste de directeur des établissements décentralisés, permettant de poursuivre, au quotidien, le dialogue de la fusion.

L'organisation interne du travail des directions des ressources humaines peut également être bouleversée par les exigences de la coopération. Les restructurations contraignent ainsi fréquemment à l'atténuation de l'organisation par grade, au bénéfice d'une organisation du travail par secteur ou site permettant une gestion administrative au plus près des agents. L'établissement public spécialisé de Maison Blanche, engagé dans une déconcentration de ses structures, a mis en œuvre une telle organisation.

L'adaptation des moyens de la direction des ressources humaines est également requise, au regard de la lourdeur de gestion des conséquences en terme de ressources humaines, de la coopération.

La lourdeur du processus d'harmonisation a des conséquences immédiates sur les organes de gestion du personnel.

Le renforcement quantitatif de la direction des ressources humaines est nécessaire afin de permettre, en sus du traitement des dossiers induits par la coopération, de maintenir le niveau de qualité préexistant en matière de gestion du quotidien. Une gestion de qualité en matière de ressources humaines favorise l'acceptation du processus de coopération. Elle permet en effet un approfondissement des dossiers, de même qu'elle ménage le temps du dialogue avec les agents, et assure le respect des délais, notamment dans le cadre du dialogue avec syndicats.

Un apport supplémentaire de compétences est fréquemment requis pour faire face au renforcement des contraintes du travail dans l'urgence. Dans le cadre de la fusion des établissements de Montfermeil et du Raincy, la saisie informatique de la paie, réalisée a minima sur le site du Raincy, faute de personnel suffisant, a nécessité de saisir de nouveau des informations supplémentaires.

Dans ce cadre, le recours aux prestations d'un organisme d'études extérieur est souvent choisi par les établissements engagés dans une action de coopération. Il n'empiète pas sur le travail de concertation interne, mais apporte un soutien méthodologique à la réflexion en matière de gestion des ressources humaines.

Certains établissements, tel Montfermeil-Le Raincy ont mis en place, au sein de la direction des ressources humaines, une cellule spécifique d'organisation et de réflexion, chargée de l'étude spécifique des problèmes de ressources humaines posés par la coopération.

Enfin, les modes de gestion de la direction des ressources humaines peuvent être considérablement modifiés dans le cadre d'un processus de coopération ou de fusion. La coopération conduit à une certaine procédurisation de la gestion. Le partage d'activité médical par exemple requiert que soit inventorié, dans le cadre des conventions qui l'instituent, l'ensemble des cas susceptibles de mettre en œuvre la responsabilité ou d'engager la prise en charge financière des établissements. De même, la coopération fait apparaître, avec une particulière acuité, la nécessité d'une certaine déconcentration d'un certain nombre de fonctions de gestion du personnel au bénéfice des cadres de proximité.

## **2 MÊME SI LA QUESTION DU PERSONNEL VIENT EN SECOND DANS LA LOGIQUE DE MISE EN PLACE D'UNE COOPÉRATION, UNE GESTION FINE DES PROBLÈMES POSÉS EN TERME DE PERSONNEL PAR LA COOPÉRATION EST LA CONDITION ESSENTIELLE DE SA RÉUSSITE.**

Les actions de coopération visent à développer les complémentarités entre établissements, dont découlent des problèmes spécifiques d'adaptation des effectifs et des compétences, ainsi que l'exigence de management particulier des agents dans un tel contexte.

Au-delà de cette contrainte de gestion, qui s'impose aux responsables hospitaliers, la gestion des ressources humaines doit intégrer le fait que les agents hospitaliers détiennent un rôle clé dans l'impulsion d'une dynamique de coopération inter-hospitalière.

C'est la raison pour laquelle une gestion adéquate des problèmes de ressources humaines suscités par la coopération représente un facteur déterminant du bon déroulement d'une action de coopération.

## **2.1 LES PROBLÈMES DE RESSOURCES HUMAINES: UNE DONNÉE ESSENTIELLE DE LA GESTION DES ACTIONS DE COOPÉRATION.**

Il est rare que l'amélioration des conditions de la gestion des ressources humaines apparaisse comme l'objectif premier que poursuit une action de coopération. Le management des ressources humaines et le règlement des problèmes de personnel suscités par la coopération se présentent davantage comme une conséquence de la coopération, dont les responsables hospitaliers s'efforcent d'assurer au mieux la gestion.

### **2.1.1 Un aspect qui n'apparaît qu'en second lieu dans la logique d'engagement d'une coopération**

Faute d'objectif précis posé en matière de gestion du personnel par la réglementation de la coopération inter-hospitalière, ainsi que de possibilité d'anticipation fine des conséquences de la coopération sur les ressources humaines par les responsables hospitaliers, l'objectif d'amélioration de l'efficacité de la gestion du personnel, visé par les actions de coopération, est fréquemment secondaire.

2.1.1.1 L'objectif d'amélioration de l'efficacité de la gestion des ressources humaines, poursuivi par les actions de coopération, est marginal.

*2.1.1.1.1 Il s'agit d'un objectif considéré comme secondaire par les textes institutifs des cadres de la coopération.*

Les objectifs mentionnés par les textes constitutifs des formules de coopération sont essentiellement ceux de la rationalisation de l'offre de soins.

Les objectifs poursuivis en matière d'optimisation de la gestion des ressources humaines dans le cadre de la coopération, constituent un moyen de la rationalisation de l'offre de soins qui est considérée comme première dans la logique du développement de la coopération inter-hospitalière.

Ainsi, les textes institutifs de la notion de communauté d'établissements, qui constitue un outil d'incitation à la mise en œuvre d'actions de coopération, ne visent-ils pas explicitement l'objectif recherché en termes de ressources humaines.

En revanche, ils précisent les objectifs poursuivis par la coopération, qui comportent un impact prévisible et substantiel sur les ressources humaines.

Parmi les objectifs généraux de l'institution de communautés d'établissements, les textes posent la nécessité de "favoriser le partage d'activités entre établissements, en évitant les redondances de l'offre".

De même, les objectifs opérationnels fixés à la communauté d'établissements mentionnent la nécessité de "redéfinition du rôle de chaque établissement adhérent, permettant une rationalisation de l'offre de soins", ainsi que la "prévision, en cas de reconversion ou réorientation d'activité, du redéploiement des moyens rendus nécessaires".

Les conséquences recherchées en termes de ressources humaines par la mise en place de communautés d'établissements sont néanmoins précisées par la circulaire d'application du 9 avril 1997. Il s'agit de favoriser la mobilité des personnels et les actions de formation rendues nécessaires pour assurer l'adaptation à l'emploi.

L'agrément de la charte constitutive d'une communauté d'établissements par le Directeur de l'ARH est subordonné à des coopérations conduisant à des partages d'activités, ainsi qu'à des modes d'organisation rénovés dans les domaines médicaux, médico-techniques, logistiques et administratifs.

*2.1.1.1.2 Cet objectif apparaît également secondairement dans la prise de décision, par les responsables hospitaliers, de mise en œuvre d'une coopération.*

*La gestion des ressources humaines ne constitue pas un objectif premier dans la décision de mise en œuvre d'actions de coopération.*

Par exception, la coopération peut, dans certains cas particuliers, avoir pour objectif ciblé de pallier les difficultés de recrutement du personnel rencontrées par les établissements hospitaliers.

La coopération permet en effet un accès plus aisé à des qualifications particulières, requises par le fonctionnement des établissements soumis à une réglementation croissante des qualifications des personnels.

Cette contrainte peut aboutir à un usage particulier de la coopération, afin de contourner les obligations fixées par une réglementation de plus en plus contraignante.

Pour faire face aux exigences réglementaires accrues en matière de qualification et de spécialisation du personnel<sup>80</sup>, les projets de coopération permettent de faire masse des moyens pour satisfaire aux normes techniques en vigueur. Le rapprochement des établissements de Evry et de Corbeil est exemplaire de cette logique. La fusion a permis d'agrèger les compétences des deux structures, permettant ainsi d'atteindre des seuils critiques<sup>81</sup>. De même la fusion des établissements d'Eaubonne et de Montmorency a favorisé un repositionnement d'activité de la nouvelle structure, favorisant l'obtention de l'agrément pour un SAU bipolaire, unité de cardio de niveau 3, de cancérologie de niveau 2, chirurgie de niveau 3.

De la même façon, la coopération est le moyen de regrouper les compétences humaines et matérielles des établissements, requises pour atteindre un seuil d'activité suffisant pour assurer la qualité des actes réalisés.

L'impact des évolutions de la réglementation sur les normes techniques a été net sur le processus de coopération. Le processus de rapprochement entre les établissements d'Eaubonne et de Montmorency est significatif de cet impact. En 1998, sur la base de l'analyse du futur décret sur la réanimation, le nouvel établissement prend la décision de réunir l'ensemble de l'activité de réanimation sur un site unique, afin de la positionner au plus haut niveau de la graduation future<sup>82</sup>.

Les seuils d'activité mis en exergue par le projet de SROS chirurgie, de 200 000 KC pour la chirurgie de proximité et de 400 000 KC pour la chirurgie polyvalente, vont certainement catalyser un grand nombre de regroupements entre établissements de santé.

La coopération, qui introduit des éléments de souplesse dans la gestion des ressources humaines, est un moyen de gérer la relative pénurie du personnel hospitalier, notamment dans la perspective de l'instauration des 35 heures.

La perspective d'instauration des 35 heures constitue, en effet, un élément d'incitation à la coopération. Si l'on considère que les 35 heures vont créer une pénurie de personnels, les établissements sont en effet incités à rapprocher leur activité, dans la mesure où la coopération doit permettre d'optimiser l'utilisation des moyens humains.

De fait, les responsables hospitaliers repoussent pour partie l'adaptation des effectifs, consécutifs à la mise en place de restructurations, à l'instauration des 35 heures.

---

<sup>80</sup> Décrets périnatalité, urgences, bloc opératoire.

<sup>81</sup> Maternité de niveau III, projet de SAU bipolaire, USIC.

<sup>82</sup> Il en a résulté également le regroupement sur un site unique de l'USIC et de l'activité d'angiographie numérisée.

En revanche, les objectifs traditionnellement poursuivis par la coopération ne concernent les ressources humaines que par ricochet.

Ainsi, la coopération constituée par l'acquisition en commun d'équipements par deux structures ne poursuit pas d'objectif explicite en termes de gestion du personnel, même si l'adaptation des effectifs et des qualifications joue un rôle essentiel en matière d'installation et d'accompagnement de la montée en charge du nouvel équipement.

*Néanmoins, la gestion du personnel, loin de ne représenter qu'une conséquence à gérer des actions de coopération, est un moyen essentiel de la réussite de la coopération.*

Dans la mesure où l'activité hospitalière représente essentiellement une activité de service, dans laquelle le capital humain est le fondement de la qualité et de l'efficacité de la production, c'est essentiellement en agissant sur la gestion des ressources humaines et la réorganisation du travail que les établissements peuvent atteindre le résultat, visé par la coopération inter-hospitalière, de qualité accrue des soins.

2.1.1.2 L'aspect des conséquences de la coopération sur la gestion des ressources humaines n'est pas toujours anticipé assez finement par les établissements.

Faute d'outils de connaissance fine de l'activité, et dans le cadre de moyens humains et financiers restreints, les responsables hospitaliers ne sont pas toujours à même d'anticiper, par la projection des effectifs et des compétences, l'impact de la coopération sur la gestion des ressources humaines.

*2.1.1.2.1 Les établissements de santé manquent de moyens pour anticiper les problèmes de ressources humaines posés par la coopération.*

*La complexité de la gestion du processus de coopération explique le caractère progressif de la génération de ses effets sur les ressources humaines.*

En effet, la complexité de la gestion de l'équilibre entre les établissements engagés dans une action de coopération explique la progressivité de la concrétisation des projets de coopération, dont l'impact sur les ressources humaines n'apparaît qu'au fil des projets d'établissements et des projets médicaux successifs. Cette particularité de déroulement des actions de coopération implique un autre mode de gestion de l'adaptation des ressources humaines au changement qu'un projet de restructuration aux conséquences immédiates et massives.

La lenteur de mise en œuvre des processus de coopération vient en effet de la complexité des rapports internes et externes, qui caractérisent le fonctionnement hospitalier. La coopération se caractérise par une action de négociation complexe, dont les conséquences se découvrent progressivement.

C'est la raison pour laquelle les projets de coopération ne posent, pour la plupart d'entre eux, que les principes généraux de la complémentarité, en termes d'évolution d'activité et de conséquences sociales.

Les conséquences concrètes des projets de coopération n'apparaissent donc qu'avec les traductions qui sont apportées au projet par les projets médicaux, de soins infirmiers et d'établissement. Les négociations entre les établissements ne s'arrêtent pas avec l'élaboration du texte constitutif de la coopération, faisant de la coopération un processus en évolution continue.

Dans de nombreux cas, se pose par conséquent l'éventualité que les actions mises en œuvre dans le cadre des projets d'établissement ne correspondent pas exactement aux principes posés dans le texte institutif.

La fusion entre les établissements d'Eaubonne et de Montmorency apporte un exemple des modifications progressives qui peuvent être apportées aux principes initiaux. Le projet médical adopté par les instances décembre 1998 a en effet retenu une répartition des activités médicales et médico-techniques différente de celle proposée en 1996 dans le cadre de l'accord constitutif de la fusion, représentant ainsi une forte modification de l'équilibre initial.

Il est ainsi souhaitable, en termes de souplesse de gestion des ressources humaines, de ménager, dans le cadre de la coopération, des possibilités d'évolution du processus par rapport au projet initial, notamment au vu des difficultés financières de réalisation du projet, de la montée en charge de l'activité ou des évolutions des perspectives médicales.

*Il résulte de la complexité du processus de coopération une difficulté particulière d'anticipation des conséquences sociales des projets de coopération.*

Les difficultés des établissements à réaliser une étude des conséquences sociales de la coopération, en amont de sa mise en œuvre, proviennent de ce que la réflexion doit être suffisamment mûre pour en présenter les conséquences sur le plan social.

Le processus de coopération est en effet marqué par la longueur de la concertation avec les représentants du personnel et de la communication vis-à-vis de l'ensemble du personnel, visant à favoriser leur appropriation du projet. Sur le plan institutionnel, la procédure d'approbation interne requiert la soumission du projet en CTE, CME et CA.

*2.1.1.2.2 L'anticipation des conséquences sociales est pourtant nécessaire pour assurer la mise en œuvre sans heurts du projet.*

Une anticipation insuffisante des conséquences sociales, devant être gérées dans le cadre de la coopération, handicape en effet l'efficacité des outils de gestion des ressources humaines.

Lorsque le diagnostic social est réalisé en amont, les adaptations nécessaires au plan des ressources humaines sont rendues plus aisées, générant moins de contestations sociales.

C'est la raison pour laquelle, l'ARH d'Ile-de-France (ARHIF) a choisi de développer des outils, permettant de susciter une telle anticipation de la part des établissements.

Bien qu'elle ne dispose pas de moyens spécifiques permettant d'orienter le mode de gestion des ressources humaines des établissements en cadre de coopération, l'ARH est à même d'utiliser à cette fin les outils généraux d'orientation et de planification de la politique hospitalière. Des outils multiples et contraignants d'orientation générale de la politique des établissements sont mobilisés en ce sens. Les recommandations du SROS, et particulièrement de son annexe, prennent dans certains cas en considération le critère des difficultés de recrutement des ressources humaines et de l'insuffisante couverture en personnel des établissements. La réflexion menée par les ARH sur les effectifs des établissements hospitaliers est néanmoins trop complexe pour permettre une prise en compte optimale de ce critère. L'ARH peut également orienter la gestion des ressources humaines des établissements par la voie de la procédure de renouvellement périodique des autorisations. Enfin, la négociation des contrats d'objectifs et de moyens, ainsi que la transmission qui lui est assurée des différents projets des établissements représentent également des moyens indirects de peser sur la gestion des ressources humaines des établissements.

Les moyens privilégiés par les autorités de tutelle, afin de favoriser une gestion plus souple du personnel en contexte de coopération, sont néanmoins ceux d'une sensibilisation des établissements. Dans ce cadre, les ARH tentent d'impulser une dynamique d'intégration, dans la gestion, par les responsables hospitaliers, du processus de coopération, de la considération des conséquences sociales de la coopération. Il s'agit d'un projet de moyen terme, requérant de la part des responsables et acteurs hospitaliers l'intégration de ces exigences dans leurs habitudes de gestion.

L'ARHIF a ainsi rendu obligatoire l'élaboration d'un volet sur les effectifs dans la présentation du projet social. De même, lors de la négociation du contrat d'objectifs et de moyens, l'ARHIF contraint les établissements à intégrer de façon croissante une réflexion sur le volet social. Enfin, dans le cadre de la demande d'agrément présentée à l'ARH afin de pouvoir postuler aux mesures FASMO, les établissements ont l'obligation de présenter, outre l'opération en elle-même, la projection des conséquences sociales de l'opération en termes d'évolution d'effectifs et de qualifications.

### **2.1.2 Une gestion laissée, en majeure partie, à l'autonomie des établissements.**

En dépit de l'intérêt qui pourrait découler, pour les responsables hospitaliers, d'une coordination régionale et d'un appui méthodologique dans la gestion des problèmes induits par la coopération hospitalière, la gestion des ressources humaines est largement laissée, dans le cadre de la coopération, sous la responsabilité des établissements de santé.

#### **2.1.2.1 La nécessité d' une coordination régionale poussée.**

En raison des effets d'externalités suscités par la coopération, ainsi que du raisonnement en horizon limité des acteurs hospitaliers, une gestion optimale des problèmes de ressources humaines posés par les actions de coopération requiert une régulation globale.

Une coordination régionale de la gestion des ressources humaines des établissements engagés dans des actions de coopération et de restructuration s'impose sous le poids de nombreux facteurs.

La gestion autonome des problèmes de ressources humaines, assurée par chaque établissement placé dans un contexte de coopération, limite l'efficacité de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

La gestion autonome des établissements publics de santé rend en effet difficile une approche globale permettant, à l'occasion d'opérations ponctuelles de coopération, de mettre en rapport les différentiels d'emplois et de compétences.

C'est la raison pour laquelle il appartient aux ARH d'être attentives à la situation de l'emploi hospitalier dans la région et de coordonner l'action des hôpitaux en la matière.

Les réorganisations menées au niveau de l'ARHIF sont significatives des nécessités de coordination de l'emploi hospitalier. Il est ainsi envisagée la création d'une cellule emploi, afin d'améliorer le fonctionnement du marché de l'emploi au niveau régional.

Les interférences de l'accompagnement social des actions de coopération avec des politiques globales de gestion des ressources humaines limitent la cohérence de la gestion des redéploiements au niveau des établissements.

La non-coïncidence des orientations données aux politiques de gestion de ressources humaines par les différents acteurs de la politique hospitalière peut avoir une influence négative sur une gestion efficiente du personnel. Il peut en résulter une divergence entre l'agrégation des actions de chaque acteur et la résultante globale de ces actions.

En particulier, l'impact des politiques d'amélioration des conditions d'emploi introduit des facteurs supplémentaires de rigidité dans l'ajustement nécessaire de l'emploi en contexte de coopération.

Ainsi, la politique de stabilisation des conditions d'emploi des emplois précaires réduit le volant d'emplois pouvant faire l'objet d'un ajustement rapide et sans coût.

De même, l'impact de la politique favorisant l'emploi des jeunes et des personnes de faible qualification sur l'ajustement des effectifs est également ambigu. Les contrats emplois solidarité et emplois jeunes confèrent de la souplesse à la réponse aux besoins innovants éventuellement nés de la coopération. Néanmoins, une certaine rigidité dans la gestion de ces emplois est introduite par la logique de pérennisation de ces emplois. De même, la gestion des ressources humaines peut pâtir du risque d'utilisation du dispositif des emplois jeunes en substitution des emplois supprimés, à la suite des ajustements d'effectifs, malgré les garde-fous posés par les cadres de leur utilisation.

La situation particulière des établissements de santé, faite à la fois d'autonomie et de soumission aux orientations des autorités de tutelle, soumet les établissements aux incohérences éventuelles entre la politique de complémentarité portée par la tutelle et les objectifs poursuivis par les établissements.

Le problème de la cohérence des moyens mis à disposition des établissements constitue en effet une limite à l'autonomie des établissements dans la gestion des actions de complémentarité. Il peut ainsi se produire, dans le contexte de restriction générale des moyens financiers, que la tutelle autorise un investissement, sans donner droit aux créations d'emplois que l'établissement estime nécessaires pour assurer le fonctionnement de l'investissement.

De même, les projets des établissements ne peuvent faire abstraction des rythmes propres d'évolution impulsés par les calendriers d'intervention des autorités de tutelle. La coïncidence des calendriers d'élaboration du projet médical et du SROS présente un intérêt pour les établissements, dans la mesure où elle permet de fonder des projets en conformité avec les préconisations de la tutelle.

### 2.1.2.2 L'intérêt d'un appui stratégique et méthodologique.

Bien qu'un rôle trop pesant des ARH en matière d'impulsion des actions de coopération puisse être défavorable à un développement harmonieux de la coopération, il est actuellement insuffisant.

Ce rôle est fréquemment perçu par les acteurs hospitaliers comme le facteur d'une insuffisante maturation et appropriation des projets de coopération par les acteurs hospitaliers.

Néanmoins, une régulation globale des actions de coopération, ainsi que l'apport d'un soutien méthodologique est vivement souhaité par les responsables hospitaliers.

Une voie moyenne paraît être en cours de constitution, notamment par le biais d'un soutien méthodologique accordé par les ARH aux actions de coopération.

Ce soutien consiste davantage en une incitation qu'en une contrainte et s'exerce au fil de l'expression des demandes des responsables d'établissements.

Ce soutien s'appuie sur des outils divers. Il repose sur un travail étroit avec les établissements dans le cadre de la demande de crédits FASMO. Il consiste également en un appui méthodologique, assuré notamment en matière juridique sur les points susceptibles de poser des cas de contentieux. Il peut résider enfin, dans le cas de conflits sociaux, dans une médiation exercée par l'ARH.

La nature de la relation devant être établie dans ce cadre entre les autorités de tutelle et les responsables hospitaliers est une relation de confiance mutuelle et de confiance. La relation établie entre l'établissement d'Eaubonne- Montmorency et l'ARHIF est exemplaire de la dynamique positive pouvant résulter d'une transparence des relations avec la tutelle. Dans le cadre de la fusion entre Eaubonne et Montmorency, la direction de l'établissement a en effet joué pleinement le jeu de la transparence vis-à-vis de l'ARH, lui assurant notamment un compte rendu régulier du projet.

## **2.2 LE PERSONNEL: UN RÔLE DÉTERMINANT DANS L'INSTAURATION D'UNE DYNAMIQUE DE COOPÉRATION**

La recherche de l'accord autour du projet des différents acteurs hospitaliers est rendue difficile par la spécificité de fonctionnement du secteur hospitalier.

La légitimité singulière détenue par chacune des catégories d'acteurs hospitaliers donne à jouer à plein les effets de détention inégale d'information des agents, ainsi que les effets de comportements stratégiques, pouvant se traduire par des alliances implicites. Les

comportements et les objectifs des acteurs hospitaliers sont ainsi empreints de grandes incertitudes, en rendant difficiles la prévision et la maîtrise.

La concertation, nécessaire à l'acceptation du processus de coopération, doit par conséquent intégrer un jeu complexe d'interactions entre les professionnels de santé, ainsi qu'un nécessaire arbitrage entre acteurs porteurs d'intérêts différents.

### **2.2.1 La nécessaire appropriation du projet de coopération par les agents passe par un processus de large concertation**

Les agents hospitaliers font vivre au quotidien le processus de coopération, dans les décisions qu'ils prennent et les pratiques qu'ils observent.

Par leur présence au travail et la qualité du travail qu'ils assurent, les agents hospitaliers déterminent la qualité des prestations et la dynamique de l'activité hospitalière.

2.2.1.1 L'appropriation du projet par les agents est la condition première de sa réussite.

Les réticences des agents face à l'ouverture représentée par la coopération s'expriment naturellement, y compris lorsque le personnel s'aperçoit, à la faveur de son travail quotidien, de la justification de la coopération. C'est le cas notamment dans le cadre d'une activité manifestement déclinante, rendue inadéquate dans son exercice du fait du manque de moyens, ou d'une fuite de la clientèle vers d'autres structures de prise en charge.

*2.2.1.1.1 Les conséquences de la réception du projet par le personnel peuvent être substantielles sur l'activité du groupement de coopération.*

*Le comportement de retrait des praticiens peut avoir un impact direct sur l'activité des établissements, qui est une condition essentielle de la réussite du projet de coopération.*

Le dynamisme des établissements est, en premier lieu, fortement dépendant de l'adressage de patients dont ils bénéficient de la part des praticiens hospitaliers temps partiel, à la fois praticiens exerçant à l'hôpital et exerçant en ville. Le retrait de ces praticiens du processus de coopération emporte un risque de fuite de la clientèle de l'établissement vers d'autres structures de prise en charge.

De même, à la faveur de la coopération peuvent se décider les démissions de praticiens, dont le remplacement peut s'avérer problématique ou tardif pour certaines spécialités.

Les conséquences en résultant pour l'activité peuvent être lourdes et handicaper l'activité au-delà du pourvoiement du poste, du fait de l'inertie des habitudes en matière d'adressage des patients par les médecins de ville, valorisant la confiance.

Le refus des praticiens d'assurer l'exercice de leur art en coordination avec les praticiens de l'établissement partenaire peut enfin handicaper le dynamisme d'activités fonctionnant en complémentarité.

Le fonctionnement souple d'une activité coordonnée de services requiert la mise à disposition de moyens techniques de coordination<sup>83</sup>, mais dépend surtout des comportements humains d'acceptation ou de rejet du principe de la coordination.

Le fonctionnement par spécialisation des sites a ainsi des implications multiples sur les pratiques des médecins, suscitant des décisions de transfert de patients, des déplacements des médecins référents, des prises de décision concertées de prise en charge. Les occasions de blocage, pouvant aboutir à une prise en charge non optimale, sont ainsi multiples.

*L'opposition des agents hospitaliers au projet représente également un coût substantiel.*

Le coût de l'opposition du personnel au projet tient au coût des mouvements sociaux de grève, de l'absentéisme des agents, ainsi que du recrutement de nouveaux personnels en remplacement de départs, qui grèvent et désorganisent l'activité hospitalière.

Dans l'impossibilité de raisonner ceteris paribus, il est néanmoins difficile de déterminer dans quelle proportion les départs ou les absences au travail sont liés aux restructurations, dans la mesure où les restructurations liées aux coopérations font sentir leur impact de façon progressive et dans le moyen terme.

L'appropriation insuffisante du projet par le personnel peut également engendrer un déficit de qualité, représenté par la désorganisation des équipes de soins. L'insuffisante mobilisation des agents autour de la réorganisation du travail, rendue nécessaire par la coopération, peut engendrer une charge de travail accrue pour certains agents, des difficultés d'adaptation des agents assurant les remplacements, ainsi qu'une réduction de l'éventail des prestations assurées par le personnel.

---

<sup>83</sup> Détermination des moyens de transmission de l'information, clarification des principes de déplacement.

*2.2.1.1.2 Les comportements de retrait consécutifs à des projets de coopération peuvent prendre des formes multiples, qui ne sont pas toujours immédiatement apparentes.*

*La contestation peut prendre la forme d'un blocage ouvert, ou de recours spectaculaires, handicapant gravement l'activité et même l'avenir du projet de coopération.*

De nombreuses expériences de coopération, et singulièrement de fusion, ont vu s'exprimer des grèves dures, des refus de négociation des syndicats ou des refus de signature des accords. La production et l'organisation hospitalières en ont été durablement affectés.

De même, des recours contentieux engagés par les représentants du personnel contre les aspects les plus essentiels du processus de coopération, peuvent fortement handicaper son déroulement. Ainsi, dans le cadre de la constitution du SIH de Evreux-Vernon, le recours formé contre la forme juridique prise par la forme de coopération, engageant un changement d'employeur pour la majeure partie du personnel, est susceptible de mettre en cause la dynamique de coopération engagée. Son aboutissement supposera de nouveau un changement d'employeur, ainsi que le versement de lourdes indemnités aux agents.

*La coopération peut donner lieu à des formes plus implicites de contestation, témoignant d'une démotivation des agents au travail.*

Dans la mesure où le processus de coopération interfère avec de nombreux autres facteurs potentiels de démotivation des agents, il est difficile de faire la part de la contribution à ce phénomène du processus de coopération. Les responsables hospitaliers doivent néanmoins s'efforcer de porter une attention particulière à ces comportements de retrait, en raison de l'effet de contagion qui leur est attaché.

Ces comportements de démotivation au travail peuvent s'exprimer sous la forme d'un mouvement de démission et de demandes de mutations du personnel, ainsi que de demandes de réaffectation dans des services de l'établissement non concernés par la coopération. La coopération entre les établissements de P. Brousse et de P. Guiraud offre un exemple frappant de ces mouvements de rejet du processus de coopération, dans la mesure où il a suscité un mouvement important de demandes de réaffectation du personnel dans les services demeurant rattachés à P. Guiraud.

Les comportements de retrait des agents peuvent également prendre l'expression d'une élévation de l'absentéisme et des congés maladie.

Plus généralement, ils peuvent se traduire par une non-implication dans le projet global de l'établissement: absences aux conseils de service, absentéisme lors des élections des représentants du personnel lors de la reconstitution des instances dans le cadre d'une fusion.

Ils peuvent enfin se manifester enfin par la résistance des pratiques des personnels aux évolutions de l'organisation du travail induites par la coopération.

*La contestation est marquée par des degrés divers d'expression, n'appelant pas les mêmes solutions.*

La contestation peut viser dans certains cas les orientations du projet de coopération lui-même, mettant en cause l'intérêt des agents à exercer dans le nouveau cadre d'activité. L'on peut considérer que la contestation née de la constitution d'un SIH entre les établissements de Evreux et de Vernon entre dans ce cadre, puisque ce sont les formes les plus essentielles prises par le processus de coopération qui sont mises en cause. Néanmoins, la contestation concerne plus fréquemment le mode de gestion du projet, notamment sur le plan de ses conséquences sociales.

La contestation exprimée par le personnel peut prendre sa source dans une évolution individuelle induite par la coopération. Elle peut, au contraire, représenter une contestation agrégée au niveau du collectif d'un service, d'un secteur ou d'un site.

L'ampleur de la contestation prend tout son sens lorsque l'on examine par quels acteurs elle est portée. La contestation peut être limitée aux organisations syndicales, ou étendue à l'ensemble du personnel, quelle que soit son appartenance syndicale. La contestation revêt par ailleurs une plus grande ampleur si elle s'étend aux agents qui ne sont pas mis en cause dans leur emploi, mais ont des difficultés générales d'appréhension du changement.

*2.2.1.1.3 Le processus de coopération rend nécessaire de gérer une période transitoire de reconstruction de l'identité des acteurs hospitaliers.*

Le processus de coopération, ainsi que les restructurations qu'il est susceptible d'impliquer, contraint en effet chaque catégorie d'acteurs à se positionner par rapport au changement. Le nouvel équilibre, institué par la coopération, bouleverse en effet les perspectives ouvertes aux agents en matière de conditions de travail, de type d'activité ou de carrière. La coopération aboutit en effet à déséquilibrer le mode d'organisation de l'établissement, pour recomposer un nouveau mode de coordination. Le processus de coopération consiste donc à substituer une nouvelle légitimité à la légitimité précédemment

reconnue au fonctionnement hospitalier, sur laquelle les acteurs hospitaliers organisaient leurs échanges.

La capacité d'apprentissage des individus peut néanmoins permettre le dépassement des problèmes suscités par le changement, si les avantages du changement apparaissent clairement à chacun.

C'est la raison pour laquelle ce nouvel équilibre ne peut emporter l'adhésion des acteurs de l'organisation que si les perspectives qu'il offre paraissent au moins aussi favorables que celles que chacun doit abandonner pour le réaliser.

La mise en place du processus de coopération présente ainsi une phase à la faveur de laquelle doit être valorisé l'apprentissage du travail collectif des agents des deux structures. Les opérations de coopération mettent face à face, dans un premier temps, des règles du jeu qui peuvent être considérées comme plus favorables pour l'un des partenaires. Ce premier équilibre ne doit néanmoins pas faire obstacle à la recherche de la définition d'une règle du jeu commune, réalisant l'accord des parties en présence.

2.2.1.2 L'élaboration du projet, ainsi que la gestion de ses conséquences sociales, doit reposer sur une large concertation interne

La mobilisation du personnel représente un facteur essentiel, afin de permettre le passage du processus de coopération de l'état de projet à celui de réalisation effective. L'échec des actions de coopération excessivement fondées sur des arguments de rationalité technique et économique est fréquent.

*2.2.1.2.1 Une large concertation auprès du personnel est recherchée par les établissements.*

Une telle concertation représente un substantiel facteur d'accroissement du délai de réalisation des actions de coopération. Une réalisation plus rapide supposerait un tout autre mode de gestion de projet. En particulier, l'octroi à un chef de projet d'une réelle autorité sur l'ensemble des acteurs, ne permettrait pas de respecter le cloisonnement du milieu hospitalier entre des légitimités de différentes natures.

*La concertation doit s'effectuer à toutes les étapes de réalisation de la coopération.*

En amont du processus, une concertation fine, regroupant l'ensemble des acteurs hospitaliers, doit être réalisée à la faveur de l'élaboration du projet de coopération. C'est la raison pour laquelle le recours à un audit externe, permettant notamment d'évaluer l'adaptation des effectifs à la charge de travail, est souvent mal accepté par le personnel.

A l'instar de ce qu'a mis en place l'EPS de Maison Blanche, l'un des moyens d'implication peut être l'instauration d'une structure de réflexion par projet. L'incitation des agents à travailler régulièrement sur des parties déterminées du projet global constitue un ciment autour du projet global.

De même, à la faveur de la fusion des établissements de Montfermeil et du Raincy, a été constitué un groupe restreint de travail, représentant l'émanation du CTE, et chargé d'examiner les modalités de gestion des ressources humaines en terme de temps de travail, de notation, de prime de service et de barèmes d'avancement.

La concertation doit également être pleine lors de la présentation et de l'approbation du projet.

L'enjeu à ce stade est de parvenir à concilier les objectifs individuels des différents acteurs et globaux, dont la réalisation est rendue difficile dans le cadre de la communication institutionnelle globale. Des objectifs acceptés dans le cadre d'un projet individuel sont difficiles à faire passer globalement.

La concertation doit être poursuivie en aval du processus de coopération, notamment dans le cadre de la gestion des conséquences sociales du projet. Un exercice de suivi constant des conséquences du processus de coopération sur la gestion des ressources humaines est nécessaire. La réflexion menée en aval de la fusion du centre hospitalier Nord Deux Sèvres est significative de l'intérêt d'un suivi des conditions de réalisation du projet de coopération. Il s'est agi dans ce cadre de juger du maintien de l'équilibre en termes d'activité entre établissements, notamment en ménageant le développement d'activité de compensation sur les sites de Parthenay et de Thouars. En outre, a été assuré un suivi des conditions de travail des agents, en termes de charge de travail, et de répercussions des modifications de l'équilibre financier sur les conditions de travail.

*Une réelle concertation du personnel peut rendre nécessaire de ménager une période permettant d'évaluer les conditions de la réalisation du projet.*

Afin de donner aux agents un véritable pouvoir de décision, fondé en toute connaissance de cause, il peut être nécessaire de ménager une période pendant laquelle l'acceptation du projet est considérée comme réversible.

Le CH de P. Guiraud a ainsi ménagé, au cœur du projet de transfert de l'un de ses services d'hospitalisation psychiatrique au CH de P. Brousse, une telle période transitoire. Dans ce cadre, la gestion juridique du changement projeté d'employeur a été opérée selon des formules transitoires, notamment par mise à disposition du personnel, doublement des chefferies pour des services regroupés ou partage de responsabilité des praticiens anciens chefs de service.

L'établissement P. Guiraud a, en outre, choisi de conforter cette organisation transitoire d'un suivi et d'un contrôle constants, assurés par le biais d'une organisation lourde constituée par un comité de suivi, un comité permanent et un conseil de réseau.

L'usage progressif des formules de coopération, des moins aux plus contraignantes, constitue également un moyen de ménager un pouvoir de contestation au personnel vis-à-vis de la dynamique du processus. Il s'agit d'une manière d'appréhender la coopération inter-hospitalière qui est largement mobilisée par les établissements.

*La gestion des conséquences sociales de la coopération doit faire l'objet d'une négociation à la fois collective et individuelle.*

Dans le management du processus de coopération, les responsables hospitaliers doivent intégrer le fait que les aspects d'ordre individuel et personnel ont un impact essentiel sur la réception du projet par le personnel. Le mode de management suivi dans le cadre de la constitution de l'hôpital européen G. Pompidou est significatif de cette exigence, chaque situation individuelle ayant fait l'objet d'un examen particulier.

La négociation est par conséquent incontournable avec les représentants du personnel. En effet, la coopération, et l'harmonisation à laquelle elle peut donner lieu, ont des implications individuelles multiples<sup>84</sup>. Or la défense, la reconnaissance et l'amélioration des droits individuels constituent un cadre d'action privilégié des syndicats.

Au-delà de la concertation avec les représentants du personnel, la concertation et la promotion du changement doivent s'appuyer en priorité sur les cibles privilégiées que représentent l'encadrement intermédiaire et les chefs de service notamment, compte tenu de la légitimité particulière qu'ils détiennent au sein des services.

L'adhésion de l'encadrement intermédiaire aux orientations de la coopération est en effet le garant de la continuité du projet.

Les cadres de proximité sont les mieux à même pour favoriser le travail quotidien d'appropriation du projet. Ils constituent un relais privilégié de la transmission des

---

<sup>84</sup> Rémunération, avancement de carrière, régime du temps de travail, conditions de travail.

informations relatives au projet. Ils disposent d'un rôle d'impulsion de la participation des agents au projet, via les conseils et réunions de service, ainsi que d'un rôle clé dans la coordination entre services. Enfin, ils participent en grande partie à l'organisation et à la gestion du temps de travail des agents dans un contexte de changement.

C'est la raison pour laquelle ils doivent représenter la cible privilégiée de la concertation et de la communication autour du projet.

L'apport de l'engagement médical dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet global est également essentiel.

En conformité avec la double hiérarchie et légitimité qui caractérise le milieu de l'exercice hospitalier, les praticiens ont un rôle essentiel dans la promotion d'un projet de coopération. Leur légitimité médicale bénéficie, auprès des équipes de soins, d'un poids complémentaire à la logique gestionnaire.

La qualité du binôme directeur et président de CME permet notamment d'agir fortement sur l'adhésion des personnels.

Néanmoins, cet engagement est souvent problématique. La structure duale et la professionnalisation de l'hôpital peuvent introduire des obstacles au processus de coopération. En particulier, le référentiel de la décision et de l'action administrative ne correspond pas forcément, dans ce cadre, à celui de la décision et de l'action médicale. Tandis que l'action administrative vise dans une large mesure à assurer une efficacité accrue du fonctionnement et à une obtention de ressources nécessaires à la gestion hospitalière, l'action médicale est centrée sur l'obtention d'un cadre de travail adapté à l'exercice du savoir médical.

Surtout, l'orientation claire du processus de coopération peut être entravé par l'attachement particulier des praticiens à leur service d'exercice, plutôt qu'à l'établissement dans son ensemble. L'engagement des praticiens dans le cadre d'une coopération est ainsi souvent parcellaire. Leur engagement est fort au niveau des projets de services, dont ils se considèrent pleinement responsables de l'évolution, alors que leur engagement est plus aléatoire au niveau institutionnel et collégial. La concertation générale avec les praticiens hospitaliers doit ainsi viser à éviter les incohérences résultant du fait que l'agrégation des choix arrêtés dans les services ne correspond pas toujours aux choix arrêtés par la CME au niveau général.

L'adhésion de certaines catégories de personnel est, en revanche, plus difficile à obtenir. Le rapport de conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers pose ainsi le constat selon lequel les catégories les plus réticentes au changement sont les moins

qualifiées. Elles constituent en effet les plus immédiatement concernées par d'éventuelles suppressions de postes, et sont les moins concernées par les perspectives attractives de carrière potentiellement ouvertes par la coopération inter-hospitalière. L'adhésion au projet est ainsi marquée par une dégradation au fur et à mesure que l'on se rapproche des acteurs hospitaliers les moins qualifiés, ce qui fonde l'importance du soutien au projet de l'encadrement intermédiaire.

La concertation réalisée auprès du personnel doit être large dans ses supports et innovante dans sa conception. Le rapport de la Conférence des directeurs de centres hospitaliers pose ainsi le constat d'une sous-utilisation générale des moyens de mobilisation. La mobilisation est ressentie, par les responsables hospitaliers comme une nécessité seulement après l'apparition de conflits sociaux, en faisant un moyen palliatif et non préparatoire.

*2.2.1.2.2 Une grande souplesse est laissée aux responsables de l'établissement dans les modalités de la recherche de l'accord des acteurs hospitaliers.*

*L'obligation de consultation des instances représentatives du personnel est fixée par les textes.*

Dans le cadre du processus de coopération, un véritable pouvoir de décision doit être conféré aux instances, leur acceptation traduisant une véritable adhésion au projet.

Leur consultation est rendue obligatoire par les textes à différents niveaux: sur le projet de coopération lui-même, y compris dans les aspects de gestion des ressources humaines qui peuvent lui être intégrés, sur le projet social, qui doit présenter une projection d'effectifs, sur la demande d'agrément FASMO, qui doit inclure une réflexion sur la gestion des conséquences sociales de la coopération.

*Au-delà de la consultation réglementaire des instances, la gestion de la participation des acteurs hospitaliers bénéficie d'une certaine souplesse.*

Compte tenu du fonctionnement particulier des établissements publics de santé, la nécessité de recueillir l'adhésion des acteurs hospitaliers est moins contrainte par la pression des aspects individuels qu'en secteur privé à but lucratif.

La recherche de l'adhésion du personnel public hospitalier au projet de coopération passe essentiellement par des voies institutionnalisées et collectives. Par conséquent, ce

processus donne une prise moins immédiate à l'impact des préoccupations individuelles, en termes de carrière, de temps de travail, de conditions de conciliation du nouveau contexte professionnel avec la vie personnelle des agents. Même si la gestion des oppositions d'intérêt peut passer indirectement par des concessions individuelles, l'objectif d'intérêt général recherché par la coopération reste prégnant dans la décision.

En particulier, le secteur public ne rencontre pas le même degré de contrainte dans la recherche de l'adhésion des praticiens au projet que le secteur privé lucratif. L'enjeu de l'acceptation individuelle de chaque praticien du processus de coopération est en effet différent selon que la coopération concerne le secteur public ou le secteur privé hospitalier. Le processus de coopération fait naître, dans les deux cadres, un risque comparable de démission des praticiens hospitaliers, mettant en cause l'activité de l'établissement. Néanmoins en secteur privé, la jurisprudence considère, en sus, comme une résiliation unilatérale du contrat par la clinique le fait de placer le médecin dans des conditions d'exercice substantiellement différentes de celles prévues par son contrat d'exercice. L'adhésion de chaque médecin libéral au processus de coopération est par conséquent nécessaire à la réussite de l'opération, sauf à devoir, pour l'établissement privé, assurer des indemnités souvent importantes.

En outre, les établissements ont, dans une large mesure, le choix des moyens de la concertation. Celle-ci s'exerce, de fait, avec de fortes variations selon les établissements. Les responsables hospitaliers ne recherchent pas la mobilisation du personnel autour du projet selon le même degré d'exigence. Ainsi que le constate le rapport de la conférence des directeurs de centres hospitaliers, une méthode pleinement participative est visée par 80% des établissements engagés dans une action de coopération, alors qu'une participation assurée à travers un comité de pilotage concerne 52% des structures. De façon plus marginale, la formation des équipes peut être assurée dans l'optique de la préparation et de l'accompagnement de la restructuration.

Il est néanmoins probable que les modalités de la concertation évoluent, à la faveur des habitudes de participation du personnel prises à la faveur de la préparation de la procédure d'accréditation.

*Ce processus implique néanmoins une gestion complexe des oppositions.*

La recherche de l'adhésion des acteurs hospitaliers requiert une compréhension fine des conflits d'intérêt qui animent le milieu hospitalier.

Les responsables hospitaliers doivent notamment prendre en compte le poids particulier ? auprès des équipes de soins, de la légitimité médicale, ainsi que de celle des cadres de proximité.

La complexité des oppositions d'intérêts au cœur de la collectivité médicale, qui biaise les décisions prises en CME, rend nécessaire d'en identifier les orientations principales et les personnalités fortes.

## **2.2.2 La nécessaire promotion du changement auprès des agents**

Même si elle constitue un moteur d'évolution positive des modes d'organisation et des pratiques, susceptible de sécuriser et d'accroître la qualité de l'exercice des agents hospitaliers, la coopération suscite dans un premier temps de multiples craintes, que les responsables hospitaliers ne doivent pas sous-estimer.

### **2.2.2.1 La nécessité de vaincre les freins culturels posés à la coopération.**

Les bouleversements culturels induits par la coopération inter-hospitalière sont importants. La coopération remet en effet en cause la conception traditionnelle de la prise en charge hospitalière centrée sur le service, dans le cadre d'une relation directe et étroite entre le patient hospitalisé et l'équipe médicale et soignante.

La coopération va, dans le bouleversement de ces principes, plus loin que le fonctionnement en réseau. Elle implique non seulement l'institution de relais dans la prise en charge, mais également des interventions coordonnées instantanées.

#### *2.2.2.1.1 Les obstacles culturels jouent à plein dans un contexte de coopération*

Alors que la coopération vise à développer la coordination des prises en charge et à enrichir la qualité des prestations par la confrontation des pratiques, le fonctionnement du système hospitalier est caractérisé par le cloisonnement entre métiers et entre équipes de prise en charge.

Les obstacles culturels à la coopération peuvent être multiples et concomitants.

*Les obstacles culturels posés à la coopération inter-hospitalière peuvent résulter de la confrontation entre établissements de statut et de taille différente.*

La coopération inter-hospitalière est confrontée au hiatus existant entre la culture hospitalo-universitaire dont la part d'activité de haute technicité est essentielle, entre celle qui caractérise les établissements de taille moyenne, assurant à la fois une activité

polyvalente et une prise en charge de proximité importante, ainsi que les pratiques de l'exercice soignant et médical en hôpital local.

Les différences de pratiques se marquent notamment sur le plan du niveau et de la qualité de l'appareillage, des ratios de personnel induisant une charge de travail différenciée, du type de pathologies traitées, ainsi que de la nature de la prise en charge, dont le caractère social tend à se renforcer dans le cadre de la prise en charge de proximité.

Les différences de contenu des tâches d'agents de compétence similaire, selon le type d'établissement dans lequel il exerce, constituent un frein à une activité coordonnée des pratiques dans le cadre d'actions de coopération.

Ces différences culturelles représentent un obstacle bien réel, notamment dans le cadre de l'exigence de la recomposition hospitalière en Ile-de-France. Le rapport des journées de l'URHIF d'avril 2000 constate ainsi que la dichotomie institutionnelle et culturelle existant entre les structures de l'APHP et les hôpitaux regroupés au sein de l'URHIF a rendu jusqu'ici mal aisée la mise en œuvre de toute forme de coopération entre les deux types de structures.

*La confrontation de cultures constitue également un obstacle à la prise en charge de l'hospitalisation psychiatrique en établissement général.*

Les projets d'implantation de services indépendants psychiatriques en établissement général, à l'instar de ceux portés par les établissements publics spécialisés de Maison Blanche ou de P. Guiraud, représentent une difficulté particulière.

Dans le cadre du transfert de service réalisé entre les établissements de P. Guiraud et de P. Brousse, la conjonction de l'opposition d'une culture hospitalo-universitaire et polyvalente à une culture de secteur, ainsi que la confrontation d'établissements de taille différente, a généré de nombreuses difficultés d'appropriation du projet par les agents concernés. Un tiers du personnel du centre de P. Guiraud concerné par l'opération de transfert a ainsi demandé à bénéficier d'une nouvelle affectation dans l'établissement d'origine.

*Les différences en termes de clientèle induit de fortes variations de la pratique soignante.*

La coexistence, favorisée par la coopération, de deux types de clientèle peut poser problème en termes d'organisation fonctionnelle des établissements engagés dans une action de coopération. Elle implique la mise en place de circuits particuliers, ainsi que la recomposition des équipes.

Ainsi, l'implantation d'un service de l'établissement public spécialisé de P Guiraud au sein du centre hospitalier général de P Brousse a été rendue difficile par les habitudes de la prise en charge de la clientèle hospitalo-universitaire traditionnelle. Le personnel de l'établissement d'accueil est en effet animé par la volonté de conserver les spécificités de la clientèle qu'il a l'habitude de traiter, et vis-à-vis de laquelle ses pratiques se sont adaptées pour mieux répondre à ses besoins particuliers.

*Les habitudes de travail liées au mode dominant d'hospitalisation, complète ou de semaine, constituent également un frein à l'approfondissement de la coopération.*

Les différents modes d'hospitalisation donnent en effet lieu à des différences en termes de charge de travail, rythme de travail<sup>85</sup>, importance représentée par le rôle prise en charge administrative et sociale des patients et d'accueil des patients.

L'évolution de l'activité d'un mode vers un autre d'hospitalisation, réalisé à la faveur de la coopération, ainsi que l'a assuré le site de Montmorency dans le cadre de sa fusion avec le site d'Eaubonne, requiert donc un effort important de formation des personnels et de réorganisation des services.

#### *2.2.2.1.2 Une démarche de valorisation de l'intérêt au changement doit être engagée.*

Cette valorisation passe notamment par l'évaluation des conséquences de la coopération en termes de ressources humaines. Elle requiert en premier lieu un suivi de l'adaptation de chacun au changement. L'évaluation annuelle du personnel peut y contribuer. Cette démarche peut être confortée par la définition d'itinéraires individualisés d'adaptation aux nouvelles fonctions. Cette démarche de valorisation du changement nécessite en second lieu la réalisation d'un bilan socio-économique de l'impact de la coopération sur les ressources humaines par l'analyse des coûts et des gains induits en termes de ressources humaine : étude de l'évolution de l'emploi, du temps de travail, ainsi que des évolutions de tâches dans l'établissement.

#### *2.2.2.1.3 L'incitation des acteurs à travailler en coordination efficace est requise.*

La coopération pose en effet la question délicate sur le plan organisationnel des conditions du passage d'un mode de coordination des activités centré sur l'hôpital à des formes considérées comme hybrides sur le plan de la théorie des organisations, telles que la coopération.

---

<sup>85</sup> DMS faible, fort turn over des patients.

La coopération renforce la problématique, inhérente à la production hospitalière, de la nécessaire coordination d'activités complémentaires.

Le processus de prise en charge hospitalière est caractérisé par une interdépendance des étapes successives de soins qui exigent un large volume de produits intermédiaires spécifiques. Ce processus est réalisé dans un contexte de mobilisation d'informations complexes, et se traduit par la mise en œuvre d'un grand nombre de transactions récurrentes entre offreurs spécialisés.

Par conséquent, la coopération doit être accompagnée d'une organisation adaptée, gérant la complexité accrue par la coopération des échanges d'information.

La coopération consiste en effet à coordonner la mise en œuvre de compétences et de savoir-faire spécialisés<sup>86</sup>.

Or, il est long et difficile de mettre en place, dans ce cadre, une coordination informelle, qui ne reposerait que sur l'intériorisation par chacun de normes communes de pratique professionnelle et de l'idée que le partenaire potentiel fait de même. L'élaboration d'un accord contraignant à la coordination des activités est plus efficace, mais il est coûteux en termes de coûts de transaction.

#### 2.2.2.2 L'exigence de simplification du processus de coopération

##### *2.2.2.2.1 La lourdeur du processus risque de porter atteinte aux droits des agents.*

La lourdeur du processus peut, en effet, mettre en cause les droits les plus essentiels des agents.

Le processus de coopération ne doit pas affecter le droit des agents à recevoir le traitement correspondant à leur activité, selon une gestion équitable de l'ensemble du personnel. C'est la raison pour laquelle le processus de coopération doit être mené dans des délais brefs. Le caractère particulièrement serré du calendrier de mise en œuvre de la fusion entre les établissements de Montfermeil et du Raincy<sup>87</sup> est significatif des contraintes qui s'imposent aux responsables hospitaliers. Dans ce cadre, la paye commune a dû être assurée en un mois et demi, alors que le délai le plus fréquemment rencontré en région Ile-de-France est de 6 mois à un an.

---

<sup>86</sup> Expertises propres des praticiens et soignants, qualifications acquises par l'expérience du travail en équipe

<sup>87</sup> L'arrêté de fusion a été prononcé le 1<sup>er</sup> octobre 1998, requérant une mise en œuvre pour le 1<sup>er</sup> janvier 1999.

De même, le partage complexe des responsabilités entre établissements, dans le cadre de certaines actions de coopération, peut mettre en cause le droit de chaque agent de voir établies de claires responsabilités en cas d'accident de travail ou d'accident de trajet.

Les questions de responsabilité sont réglées par les textes constitutifs des GIP et SIH, dans les cas où la coopération instituée donne lieu à la mise à disposition et au détachement des agents.

Dans ce cadre, le centre hospitalier d'accueil doit prendre toutes dispositions pour assurer la couverture des risques encourus à l'occasion de l'exercice des fonctions du praticien ou de l'agent hospitalier, qui seraient de nature à mettre en œuvre la responsabilité administrative et civile de l'établissement d'accueil.

Dans le cas d'une coopération conventionnelle, une gestion claire des mises en cause de responsabilité requiert que les conventions constitutives stipulent précisément les responsabilités respectives des établissements dans tous les cas de figure pouvant se présenter. Cette exigence est à l'origine d'une procédure lourde de formalisation.

La lisibilité du processus, qui facilite son acceptation raisonnée par les acteurs hospitaliers, doit par ailleurs être garantie.

La lisibilité, pour le personnel, des évolutions induites en termes de ressources humaines requiert de limiter l'usage stratégique et politique des formules de coopération pour d'autres finalités que celles qui lui sont imparties.

De fait, le détournement de la finalité propre à chaque formule de coopération est souvent utilisé pour assurer une acceptation plus certaine du processus par les acteurs hospitaliers.

Dans la mesure où il n'empêche pas la réalisation des évolutions en termes d'activité et d'organisation du travail, ce détournement ne peut néanmoins aboutir qu'à repousser l'échéance de la nécessaire gestion des oppositions au processus de coopération.

Ces détournements de finalité des notions de coopération donnent lieu à des formules juridiques complexes, notamment en matière de gestion des ressources humaines.

L'institution d'une coopération poussée, dissimulant la réalité d'une fusion entre plusieurs établissements, donne lieu à une gestion complexe du personnel, posant d'autant plus problème qu'elle concerne dans ce cadre une masse importante de personnel.

Ce constat est particulièrement aigu dans le cadre de projets de constitution d'un SIH prenant à son compte la majeure partie des activités des établissements qui représentent le cœur du service public hospitalier. L'ambiguïté de la finalité des SIH ayant en charge des

activités sanitaires, à la faveur du transfert partiel permis par l'article 49 de la Loi portant création de la couverture maladie universelle de juillet 1999, est ainsi marquée. Certains SIH ainsi constitués ont en fait absorbé la quasi-totalité des missions des établissements publics de santé parties à la coopération. L'intervention d'une jurisprudence récente<sup>88</sup> a mis à jour ce détournement. Les établissements constituant SIH dans les conditions d'un transfert total d'activité sont requalifiés par le juge comme constituant un seul établissement. Dans ce cadre, l'analyse portée par le juge réside dans le constat que les SIH ont absorbé les établissements qui prétendent faire de la coopération en leur sein.

#### *2.2.2.2 Le choix de la formule de coopération doit être adapté au contexte social de l'établissement.*

Le choix de la formule de coopération doit être opéré au regard du contexte social des établissements qui s'engagent dans ce processus. L'institution d'une coopération conventionnelle, préalablement au choix d'une formule de coopération organique, peut permettre d'introduire une phase pédagogique favorisant l'acceptation de la coopération. La démarche peut être stimulante pour les acteurs hospitaliers, dans la mesure où la remise en cause du processus est possible en cas d'insatisfaction. L'acceptation du processus n'est ainsi pas contrainte par des effets d'irréversibilité. En outre, l'accent est placé, dans le cadre de cette démarche, sur le résultat. La logique de coopération est ainsi mobilisée, aux yeux du personnel, afin de favoriser une prestation donnée. La mise en œuvre d'actions ponctuelles, précédant la coopération généralisée permet de lancer la dynamique de travail en commun auprès des personnels, en agissant sur la rationalité et les pratiques des agents.

La coopération institutionnelle, qui représente un gage de durée dans l'action, essentiel notamment dans le cadre de la mise en commun d'investissements importants, peut être engagée dans le cadre d'un projet de complémentarité parvenu à une plus grande maturité.

---

<sup>88</sup> TA Grenoble, SIH Hôpitaux du Mont Blanc, 1999.

# CONCLUSION

L'ensemble des responsables hospitaliers sera, dans les prochaines années, confronté à la gestion du processus de coopération et de fusion des établissements de santé. Appuyé sur des dispositions déjà anciennes, le processus de coopération connaît, depuis la fin des années 1990, un nouvel élan.

Fin 1998, le secrétariat d'Etat à la Santé recensait ainsi la mise en oeuvre de 73 fusions d'établissements de santé, dont près de la moitié était réalisée entre structures publiques.

Le champ de la coopération recouvre par ailleurs des domaines d'activité de plus en plus diversifiés. Alors que la gestion des activités logistiques est longtemps restée le secteur privilégié de développement d'actions de coopération, depuis plusieurs années la coopération tend à s'étendre à d'autres activités telles que l'utilisation d'équipements lourds. Au-delà de la gestion collective d'activités, la coopération est, de façon croissante, un moyen de restructuration des établissements.

Dans ce cadre élargi de coopération, la question de la gestion adéquate des ressources humaines prend toute son importance.

La gestion du personnel en contexte de coopération pâtit néanmoins de l'insuffisante prise en compte par la réglementation des contraintes spécifiques qui l'animent. Les modalités devant être retenues par les responsables hospitaliers afin de réaliser une fusion d'établissements ne sont ainsi pas précisées par l'article L 712-20 du code de la santé publique, alors qu'il décrit précisément le cadre de décision de la fusion.

Il est indispensable que soit assurée, au niveau réglementaire, une plus grande structuration du processus de coopération.

La plupart des responsables hospitaliers interrogés à la faveur de la réalisation de cette étude ont ainsi exprimé le souhait que soient mis à leur disposition des outils de gestion plus adaptés au contexte de coopération et de restructuration des établissements, notamment en terme d'anticipation des évolutions d'effectifs et de compétences.

De même, la gestion des problèmes de ressources humaines suscités par la coopération hospitalière requiert une action de régulation globale, devant incomber aux ARH, de son impact et de ses modalités de réalisation.

Enfin, les responsables hospitaliers doivent pouvoir bénéficier, en contexte de coopération, des moyens financiers correspondants à la maîtrise des évolutions engagées.

## BIBLIOGRAPHIE

### REVUES

#### - *Coopération hospitalière*

« Chateau du Loir. La mise en place de consultations externes », RHF, n°3, mai-juin 1992, p325.

R. Chapel, « La restructuration hospitalière Nord-Deux-Sèvres », Gestions hospitalières, mai 1998, p351.

A. Chatauret, C. Renault, M. Yahiel, « Réforme hospitalière : comment maitriser les changements ? », Gestions hospitalières, n°371, décembre 1997, p23.

« Centre hospitalier régional : un GIE pour Hermès », RHF, n°3, mai-juin 1992, p330.

J.C. Deforges, J. Kopp, « Les actions de coopération hospitalières au travers de l'expérience sud-mosellane », Gestions hospitalières, n°351, décembre 1995, p767.

« Eaubonne-Montmorency : une fusion en marche », Décision Santé, n°140, 1<sup>er</sup>-15 février 1999, p25.

« Evaluation et planification : l'exemple forézien », RHF, n°3, mai-juin 1992.

C.Esper, « Le syndicat interhospitalier connaît des difficultés de droit », Actualités Jurisanté, n° 25, mars 1999, p 11.

P. Forcioli, « Fusions d'hôpitaux et conflits à l'hôpital », Gestions hospitalières, n°385, avril 1999, p256.

Galtié, Jolivet, Silvera, « De la GPEC aux stratégies de ressources humaines », Metis-Set, n°94-11.

F.Gauthiez, « Le bloc et les communautés d'établissements », RHF, n°1, février 1999, p57.

Groupe Laennec, « Accompagner les restructurations. Carnets de route », Gestions hospitalières, n° 385, avril 1999, p 262.

F. Hoibian, « Coopération interhospitalière et mise en réseau », Gestions hospitalières, n°363, février 1997, p109.

Igalens, « Perception par les directeurs des ressources humaines des liaisons entre quelques pratiques de gestion de la qualité et des indicateurs de mobilité des ressources humaines », LIRHE, n°252, 1997.

F. Lafortune, « Le centre de protonthérapie d'Orsay : qualification juridique », Actualités Juridiques, n° 25, mars 1999, p 14.

H.Llanas, « Restructurations inter-hospitalières : entre banalité et complexité », Décision Santé, n°156, 1<sup>er</sup> –15 février 2000, p20.

Mathieu, « Théories de la firme et types d'incertitudes », LIRHE, n°270, octobre 1998.

C. Meyer, « Partenariats, coopérations, coordinations, réseaux : dans tout le système de soins », Hospitalisation nouvelle, n°238, p35.

« Melun-Fontainebleau. Une buanderie en commun », RHF, n°3, mai-juin 1992, p327.

P. Mordelet, « L'hôpital de Maison Blanche : projet d'établissement et contrat d'objectifs au service d'une restructuration », Technologie Santé, n°29, juin 1997, p53.

R.Ollivier, « Fusion, projet d'établissement et formation », RHF, n°4, juillet-août 1997, p582.

P.Y. Poindron, « Photos de la recomposition de l'offre de soins », Espace social européen, n° 448, 15-21 janvier 1999.

M Raikovic, « Pour des restructurations de qualité », Décision Santé, n°121, 15-30 novembre 1997, p26.

« Les restructurations hospitalières sur la période 1994-1997 », Cahiers Hospitaliers, n°139, octobre 1998, p23.

« Toulon-La Seyne sur mer. Un hôpital sur trois », RHF, n°3, mai-juin 1992, p317.

H.Tanguy, « La coopération hospitalière à la croisée des chemins sous l'influence communautaire », Actualités Jurisanté, n° 25, mars 1999 , p4.

C. Vallar, G. Filippi, « Les GIP Environnement des Savoies et du Bugey » : une structure de complémentarité à grande échelle », Actualités Juridiques, n° 25, mars 1999, p 18.

P. Zunino, « Les limites aux initiatives de coopération hospitalière », Actualités Jurisanté, n° 25, mars 1999, p 8.

D. Vilchien, « Comment le secteur hospitalier se prépare-t-il à l'émergence de métiers nouveaux ? », Cahiers hospitaliers, n°137, juillet-août 1998, p12.

D. Vilchien, « Les cadres de santé et le changement à l'hôpital », Cahiers hospitaliers, n°119, décembre 1996, p10.

### **- *Gestion des ressources humaines***

N. Baratta, « Recomposition hospitalière : le grand chantier », Décision Santé, n°139, janvier 1999.

P.Boisard, « L'adaptation des horaires de travail aux fluctuations de la demande », Travail et emploi , n°59, 1994, p18.

J.M. Budet, « Des limites à la liberté de réorganisation de l'hôpital », Cahiers hospitaliers, n°151, novembre 1999, p33.

M. Campinos-Dubernet, « La gestion des sureffectifs, la fin des illusions des ressources humaines », Travail et emploi, n° 64, 1995, p23.

A.Doyelle, « La réduction du temps de travail et la durée d'utilisation des équipements »,Travail et emploi, n° 3, 1980, p65.

R. Clauzel, « Quand les effectifs deviennent une ressource rare », Gestions hospitalières, n°358, août-septembre 1996, p514.

C. Etourneau, « Mieux gérer l'emploi pour le préserver », Décision Santé, n°117, septembre 1997, p32.

P. El Sair, « Que faire du statut ? », Gestions hospitalières, mai 1998, p357.

« Extraits du rapport Roché relatif à la fonction publique hospitalière», Cahiers Hospitaliers, n°145, avril 1999, p23.

J.F. Itty, A. Michel, « Concilier attentes individuelles et choix collectifs », RHF, n°4, juillet-août 1997, p562.

P. Jean, « Le malaise des cadres soignants...ou le défi de la complexité », Gestions hospitalières, n°390, novembre 1999, p680.

C.Labbé, « La reconfiguration de l'emploi hospitalier », Espace social européen, n° 367, 21 février 1997, p14.

L. Lamothe, « La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol.6, n°2, 1999, p 132.

D. Mercier, « Aménager le temps de travail : les 35 heures », Gestions hospitalières, n° 390, novembre 1999, p 650.

M.L. Moquet-Anger, « Les particularités actuelles de la fonction publique hospitalière », AJDA, 20 septembre 1995, p 625.

N. Quéhé, « Les cadres et le changement dans la fonction publique hospitalière », Gestions hospitalières, n°159, février 2000, p 120.

« Restructurations et personnels hospitaliers », Cahiers hospitaliers, n°139, octobre 1998, p24.

**- *Coopération entre établissements publics et établissements privés***

S. Baulon, « La coopération hospitalière public-privé. Des exemples de réalisation », Le concours médical, n°121-23, juin 1999, p 1867.

J.M De Forges, « La coopération hospitalière public – privé. Aspects juridiques », Le concours médical, n°121-23, juin 1999, p 1861.

C. Esper, « Le GCS, nouvelle formule juridique de collaboration entre établissements de santé », Techniques hospitalières », n°624, mars 1998, p 35.

B. Maquart, « Le cadre juridique de la coopération entre établissements de santé publics et privés », Hospitalisation nouvelle, n°236, p 15.

J.Thomas, « Coopération public-privé. Présentation comparative du GIE, GIP et du GCS », Hospitalisation nouvelle, n°245, p 21.

## **OUVRAGES**

M. Bungener, G. Dumenil, et alii, Introduction à la gestion hospitalière, Paris, Dunod, 1977.

G. Calmes, J.P. Segade, L. Lefranc, Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité, Masson, Paris, 1998.

A. P. Contandriopoulos, Y Souteyrand, et alii, L'hôpital stratège: dynamiques locales et offre de soins, Paris, John Libbey Eurotext, 1996.

Dervaux, Kerstens, Leleu, « Rationalisation de l'offre de soins en chirurgie : réduction des surcapacités et réallocation sectorielle », Labores, n°98-10.

Dervaux, Leleu, Escano, « Mesure de l'efficacité des hôpitaux et recherche de ses déterminants », Cahiers de recherche de la MIRE, janvier 1998, p29.

P. Gilbert, Gérer le changement dans l'entreprise, Paris, ESF, 1988.

Grenon, Queyroux, Roussel, La gestion prévisionnelle du personnel hospitalier, Editions ESF, Paris, 1983.

Les guides de l'AP-HP, Effectifs dans les hôpitaux. Méthode de calcul et d'analyse, 1991

Guide méthodologique pour la gestion et l'accompagnement des opérations de redéploiement, Editions de l'ENSP, 1989.

X. Greffe, Gestion publique, Paris, Dalloz, 1999.

B. Voisin, La dynamique des emplois et des qualifications à l'hôpital public, in M. Vernières, L'emploi du tertiaire, 1985.

D. Weiss, La fonction ressources humaines, Les Editions d'Organisation, Paris, 1992.

## **MEMOIRES ET THESES**

E. Fargeon, La coopération inter(entreprises. Analyse économique des nouvelles formes organisationnelles de l'hôpital, Thèse, 1995.

Faugère, Voisin, « Le rôle des structures de production dans la détermination des emplois. Application à l'hôpital public, Thèse, 1977.

Séminaire n°19, Evaluation des méthodes d'adaptation des effectifs aux besoins des unités dans les établissements sanitaires et sociaux, 1991, Editions ENSP.

## RAPPORTS

Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers, Rapport sur la recomposition hospitalière, La documentation française, 1998.

G. Nicolas, Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie, réanimation, gynéco-obstétrique, psychologie et radiologie, La documentation française, février 1998.

N. Questiaux, Conseil d'Etat, Rapport public 1998, Jurisprudence et avis de 1997, Réflexions sur le droit de la santé, La documentation française, 1998.

Secrétariat d'Etat à la Santé, La recomposition hospitalière, La documentation française, décembre 1998.

## ANNEXES (non fournies par l'auteur)

- 1- Dossier de demande d'agrément au dispositif FASMO, Agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France.
- 2- Création de Cellules d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé, Agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France.
- 3- Champ d'application des conventions hospitalières, Direction Générale du CHU de Grenoble.
- 4- Projet d'organisation de la gestion des conventions, Direction Générale du CHU de Grenoble.
- 5- Protocoles définissant les cahiers des charges respectifs des services et de la fédération d'accueil et de traitement des urgences, Charte constitutive de la Fédération interhospitalière d'accueil et de traitement des urgences de la communauté d'établissements de Rambouillet et de Dourdan, 1999.