

SANTÉ, CONTRAT SOCIAL ET MARCHÉ : LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE EN RÉFORMES

François-Xavier SCHWEYER

*Professeur à l'École des hautes études en santé publique, chercheur au Centre
Maurice-Halbwachs – Équipe de recherche sur les inégalités sociales*

Résumé

Cet article aborde, en premier lieu, l'impact de la concurrence que se livrent établissements publics et privés de soins, régulée notamment au niveau étatique par le biais de la tarification à l'activité, sur le marché du travail hospitalier. Les hôpitaux publics sont en effet amenés à mettre en œuvre des mécanismes de gestion des ressources humaines destinés à faire face aux tensions observées sur ce marché. L'auteur rappelle, en deuxième lieu, qu'une privatisation de l'hôpital public ne serait pas nécessairement gage de simplification de son organisation et que le principe de libre et égal accès de tous les citoyens aux soins existe indépendamment de la concurrence susmentionnée. Toutefois, la tension entre culture du désintéressement et calcul des coûts doit amener à réfléchir à une réorganisation du secteur public de la santé. En troisième lieu, l'auteur envisage alors comment peut être mise en œuvre la recherche de la performance au sein de la fonction publique hospitalière. Sont analysées en particulier l'organisation des hôpitaux en pôle d'activités et la redéfinition des relations entre les acteurs, ainsi que les mesures d'intéressement et la gestion des qualifications professionnelles.

Abstract

– Health, the social contract and the market : reforming the public hospital service – This article firstly analyses the impact of competition between public and private healthcare establishments, which is regulated at state level through the pricing of services, on the hospital labour market. Public hospitals are having to adopt human resources management systems that are designed to overcome problems in this market. Secondly, the author notes that privatisation of a public hospital would not necessarily ensure simpler organisation and that the principle of free and equal access of all citizens to care exists independently of the above-mentioned competition. However, the conflict between having a generous system and cost-efficiency makes it necessary to think about how to reorganise the public health sector. Thirdly, the author suggests how efforts can be made to improve the performance of public hospital staff. Particular attention is given to the organisation of hospitals into centres of specialised services and the redefinition of the relationship between different actors, and measures for increasing motivation and the management of vocational qualifications.

La volonté des responsables publics de rationaliser l'utilisation des ressources du système de soins a été exprimée dès les années 1950, mais l'outillage de la démarche a

commencé dans les années 1980. Un travail de connaissance et d'évaluation des pratiques a permis une évaluation des coûts qui a été utilisée dès 1996 pour ajuster les dotations des budgets hospitaliers. Une deuxième vague de rationalisation des pratiques fondée sur l'*evidence based medicine* a cherché à évaluer l'efficacité des traitements et s'est traduite par un processus d'accréditation et une politique de restructuration hospitalière centrée sur des critères de sécurité et de qualité. Toujours dans une perspective de rationalisation, débute, en 1985, un débat sur l'incapacité de l'État et de la sécurité sociale à réguler les dépenses de santé et sur l'opportunité d'introduire des assureurs commerciaux dans le système¹. D'abord freinée par l'attachement des français au système d'assurance maladie universelle, la controverse s'est développée quant à la capacité des administrations d'État et de la sécurité sociale à adopter des modèles de gestion empruntés à l'entreprise privée tout en gardant un objectif collectif. Tels sont les trois dimensions du mouvement de réforme que connaît l'hôpital public depuis les années 1980, et qui s'est intensifié depuis le début des années 2000. L'objectif de retour à l'équilibre des comptes de l'État et des comptes sociaux pour lequel la France s'est engagée auprès de ses partenaires européens a mis sous tension le secteur de la santé. Les réformes financières de l'État (loi organique pour la loi de finance depuis 2002, loi organique pour le financement de la sécurité sociale depuis 2005) ont introduit de nouvelles pratiques fondées sur les principes de recherche d'efficacité et de responsabilisation notamment. Une culture de résultat devrait à terme se substituer à une culture de moyens pour permettre aux hôpitaux de démontrer leur efficience, d'être plus attractifs pour les professionnels de santé et de répondre aux exigences des citoyens. L'introduction en 2002 de la tarification à l'activité (T2A) et de la nouvelle gouvernance dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » (prolongé par le « plan Hôpital 2012 »), la réforme en 2005 du statut des directeurs d'hôpital et sa gestion (conjointe avec celui des médecins hospitaliers) par le Centre national de gestion ou encore la création d'une agence nationale d'appui à la performance hospitalière (ANAP) traduisent, parmi d'autres mesures, la transformation que connaît aujourd'hui l'hôpital.

C'est plus particulièrement la fonction publique hospitalière qui sera examinée ici, à partir d'une question générale : l'adoption d'un mode de paiement à l'activité, la politique de réduction des coûts, les modalités d'intéressement et plus généralement la recherche d'efficience, engagent-ils la fonction publique hospitalière (FPH) dans un mouvement de privatisation ? En premier lieu seront étudiés les effets de la concurrence et de la tarification à l'activité (T2A) sur les personnels et la capacité d'attractivité de l'hôpital public sur le marché du travail. On montrera ensuite que si la possibilité pour un hôpital public d'adopter un statut privé n'a pas été retenue, la référence aux méthodes de l'entreprise a suscité un malaise quant aux finalités du travail hospitalier. Enfin, la question de la performance de la gestion des ressources humaines sera posée à partir des notions d'intéressement et de gestion des compétences. Précisons enfin que la fonction publique hospitalière est la plus récente des trois fonctions publiques. Ses spécificités ont été définies par la loi du 9 janvier 1986. Avec près d'un million d'agents titulaires ou non, elle emploie environ 20 % des agents publics. Les médecins et le personnel médical en général (biologistes, pharmaciens et odontologistes) n'en font pas partie. Les emplois hospitaliers concernés rassemblent le personnel soignant, technique et administratif des établissements publics de santé (hôpitaux essentiellement) et des établissements sanitaires et sociaux publics (maisons de retraite ; établissements pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés ; centres d'hébergement et

1. Pouvourville de (Gérard), « Rationaliser le système de soins : efficience et équité », in Baszanger (Isabelle), Bungener (Martine), Paillet (Anne), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, 2002.

de réadaptation sociale ou encore établissements relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance).

L'HÔPITAL PUBLIC SOUS TENSION

Les hôpitaux sont en situation de concurrence forte entre établissements publics et établissements privés, mais aussi entre établissements publics. Mais cette concurrence n'est pas régulée par la logique de marché seule, les pouvoirs publics doivent veiller à garantir un accès aux soins équitable sur l'ensemble du territoire national. La complémentarité des établissements, qui peut conduire à une spécialisation de certains d'entre eux, constitue un objectif alors même que les règles du jeu qui prévalent tant dans le secteur public que dans le secteur privé sont différentes, ce qui peut fausser la concurrence. Après avoir précisé quelques éléments constitutifs du domaine hospitalier, on abordera deux points particulièrement sensibles : la tarification à l'activité et l'attractivité des établissements sur certains segments du marché du travail.

Une situation de concurrence forte et généralisée

Le système de santé français a cette spécificité d'associer à la socialisation du financement des soins le libre choix des patients dans une logique libérale. Qu'ils soient dispensés dans un hôpital public ou dans une clinique privée, plus de 90 % des soins hospitaliers sont couverts par l'assurance maladie. La notion de secteur privé est donc relative et en toute rigueur, on ne peut parler de privatisation quand l'activité est financée par l'argent public.

Il existe une spécialisation des établissements en fonction de leur statut juridique qui se confirme depuis une dizaine d'années². Les cliniques privées assurent 60 % des séjours chirurgicaux, notamment pour les actes simples (cataracte, varices, arthroscopies) et 75 % des séjours de chirurgie ambulatoire. Les stratégies de spécialisation des cliniques privées se concentrent sur l'ophtalmologie et l'ORL (71 % des prises en charge) ou le vasculaire périphérique par exemple, tandis que l'activité chirurgicale des établissements publics est très diversifiée. Les hôpitaux publics ont la quasi-exclusivité de la prise en charge de certains actes complexes et peu fréquents comme les brûlures (92 %) ou les traumatismes multiples graves (97 %)³. Si les pouvoirs publics assurent une régulation régionalisée de l'offre de soins fondée sur la définition des besoins de la population⁴, celle-là n'exclut pas des positionnements stratégiques de la part de certains établissements en fonction de la valorisation financière des activités. La concurrence peut stimuler l'efficacité et la qualité de l'offre de soins, mais dans certains territoires de santé, elle peut aussi avoir des effets délétères.

2. La tendance générale observée est aussi celle d'une baisse du nombre de lits au profit d'alternatives à l'hospitalisation complète et d'une croissance de l'activité en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) qui a été de 9,2 % par an de 2003 à 2006. Voir Lombardo (Philippe), « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et résultats*, DREES, n° 664, octobre 2008.

3. Le secteur public accueille en outre les deux tiers des séjours de médecine, spécialement les nourrissons et les personnes âgées. En obstétrique, les maternités publiques assurent près de deux accouchements sur trois. Les cliniques privées assurent 27 % des séjours médicaux, dont la moitié est constituée des seules endoscopies.

4. Depuis 1991, un schéma régional de l'offre de soins (SROS) planifie pour chaque discipline l'offre de soins nécessaire pour répondre aux besoins de la population et aux priorités régionales de santé.

Sur certains territoires de santé, des cliniques privées à but lucratif ont le monopole de certaines activités qui sont de fait « privatisées », en chirurgie par exemple. Le phénomène n'est pas nouveau et il est arrivé qu'une agence régionale de l'hospitalisation (ARH) contractualise avec une clinique privée la prise en charge de certaines urgences cardiaques.

Les effets de la réforme du financement des établissements

Le plan Hôpital 2007 a instauré un nouveau mode de financement des établissements, la tarification à l'activité (T2A) qui établit une allocation de ressources en fonction des activités calculée selon une tarification par types de pathologie (groupe homogène de séjour, ci-après GHS) et qui vise un équilibre budgétaire au sein de chacun d'eux. L'État doit fixer les tarifs⁵ opposables à tous les établissements de santé qui, à terme, factureront leurs prestations à l'Assurance maladie. Une enveloppe MIGAG (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) permet de financer les activités hospitalières ne pouvant être incluses dans les tarifs des GHS⁶. Dans les hôpitaux publics, cette réforme bouleverse profondément les habitudes et les pratiques professionnelles ainsi que l'organisation.

À terme, les hôpitaux publics vont devoir augmenter leur production totale et/ou diminuer les coûts unitaires de prise en charge des patients. De plus, les déficits ne seront plus opposables. Qu'ils soient en difficulté ou non, les hôpitaux devront équilibrer leurs comptes c'est-à-dire diminuer les coûts fixes unitaires pour « rentabiliser » l'activité. La T2A devrait donc récompenser la « productivité » des hôpitaux. Ces notions, familières au secteur privé commercial, bousculent les représentations des personnels et, plus profondément, les interrogent sur les valeurs de l'hôpital public et le sens de leur travail. La mise en œuvre concrète de la tarification à l'activité soulève nombre de difficultés et suscite un débat qui a conduit les pouvoirs publics à repousser l'échéance de la convergence entre secteur public et secteur privé initialement prévue à l'horizon 2012. En janvier 2006, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) établissait que les tarifs publics des GHS en moyenne pondérée s'élevaient à 1,81 fois les tarifs privés après réintégration des honoraires des médecins et des dépenses de radiologie et biologie⁷. Cet écart encore approximatif et qui ne prend pas en compte toutes les contraintes du secteur public, révèle cependant l'ampleur du problème. Au-delà des aspects techniques complexes et souvent très révélateurs des enjeux, deux points paraissent particulièrement sensibles : la valorisation des missions de service public et l'impact sur l'emploi hospitalier. La question d'un effet de sélection des patients est posée. Il a été établi que les cas les plus lourds et les populations précaires sont en général pris en charge à l'hôpital public⁸. S'il n'a pas été démontré que la T2A aggravait l'inégalité d'accès aux soins, l'inégale répartition des spécialistes pose problème.

5. L'Agence technique de l'information hospitalière (ATHI) a été créée auprès de la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) pour construire les tarifs à partir des études de coûts et calculer les enveloppes consacrées aux missions d'intérêt général.

6. Pour plus de détails voir Moïsdon (Jean-Claude), Tonneau (Dominique), « Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? », *Politiques et management public*, vol. 26, 2008, pp. 111-125.

7. Rapport IGAS n° 2006 009 présenté par Seydoux (Stéphanie), Aballéa (Pierre), Bras (Pierre-Louis), p. 35 et ss.

8. Dodier (Nicolas), Camus (Agnès), « L'admission des malades. Histoire et paradigme de l'accueil à l'hôpital », *Annales Histoire, Sciences sociales*, 1997, n° 4, pp. 733-763.

La tarification à l'activité est-elle un vecteur de privatisation ? Le calcul des coûts n'instaure pas en lui-même de nouvelles règles du jeu. Toute la question est savoir ce qu'on en fait, autrement dit d'avoir une doctrine en matière d'offre de soins. Si la T2A est censée éviter les situations de rente et d'opportunisme, la complexité du système et le nombre croissant de GHS (bien plus nombreux en France que dans d'autres pays) risque de transformer la volonté de contrôle en leurre. Aujourd'hui, la philosophie d'action ne peut pas se limiter à de la recherche d'efficacité et de productivité seule, tant les modalités de mise en œuvre ont montré que pour les actes ou pour les missions d'intérêt général, il existe d'énormes lacunes en matière de systèmes d'information.

Des tensions sur le marché du travail

L'application des réformes a des effets en termes d'emplois. Les contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) signés entre les hôpitaux déficitaires et les agences régionales de l'hospitalisation prévoient des réductions de postes : 2 000 à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, plusieurs centaines dans chacun des 28 Centres hospitaliers universitaires (CHU) signataires (sur 30). La suppression de contrats à durée déterminée, le non remplacement des départs en retraite, l'incitation à des départs anticipés permettent dans un premier temps de gérer la paix sociale, mais provoquent une intensification du travail et le rappel fréquent des personnels. Pour autant, le personnel contractuel reste nécessaire pour pouvoir ajuster les effectifs à l'activité, dans les tâches non spécialisées.

Le chantier de la convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et les établissements privés pose la question du mode de traitement des écarts de rémunération et de structure de qualification des personnels non médicaux. La différence de coût entre les secteurs s'expliquerait en partie par les écarts de coûts salariaux. La convergence salariale, établie comme un objectif en 2001, ne semble plus à l'ordre du jour. En revanche, et bien que là aussi les données manquent, le secteur public se trouve interpellé sur plusieurs points : le coût du travail à qualification égale serait supérieur en moyenne dans le secteur public, les écarts de qualification entre secteur public et secteur privé seraient importants, à l'avantage du secteur public et enfin le nombre d'équivalents temps plein mobilisés à production égale serait aussi supérieur dans le secteur public. S'il est dans le rôle de la Fédération hospitalière de France de voir dans la qualification moyenne du personnel, plus élevée à l'hôpital public que dans le secteur privé, « un gage de qualité et de sécurité »⁹, les tenants de la culture du résultat, eux, chercheront à analyser les écarts de qualification par GHS.

La question de l'attractivité du secteur public

Depuis longtemps les hôpitaux publics ont recours aux emplois contractuels pour recruter des compétences rares sur le marché¹⁰ ou par un souci de souplesse ou de maîtrise des délais de recrutement. Des tensions apparaissent sur le marché du travail pour trois professions non médicales essentiellement : les infirmières, les masseurs kinésithérapeutes

9. Fédération hospitalière de France, *Hôpitaux publics et cliniques privées. Une convergence tarifaire faussée*, 2005, p. 17.

10. Dès les années 1970, ce fut le cas des ingénieurs informaticiens par exemple, qu'il n'était pas possible de recruter dans le cadre des rémunérations statutaires.

et les manipulateurs d'électroradiologie médicale¹¹. Les hôpitaux publics rémunèrent les trois quarts des emplois non médicaux des établissements de santé. On en dénombrait 1 030 000 en 2005, soit 950 000 équivalents temps plein¹² dont 80 % sont des femmes. Les cliniques privées en employaient 12 %, tout comme les établissements à but non lucratif. Les emplois non médicaux sont composés en grande majorité (70 %) de personnel soignant. La structure d'emploi des établissements privés est caractérisée par un personnel soignant plutôt moins qualifié, les infirmières y étant proportionnellement moins nombreuses. La mise en place de la réduction du temps de travail explique une hausse de 100 000 emplois soignants entre 1997 et 2005. L'augmentation la plus marquée a concerné surtout les emplois qualifiés, tout particulièrement dans les cliniques privées pour les emplois infirmiers (+ 2,8 % par an) dans le cadre du développement de l'hospitalisation à temps partiel, de l'hôpital de jour et de la chirurgie ambulatoire¹³.

Pour ce qui est des infirmières, le marché du travail est depuis plusieurs années à l'avantage des professionnels qui sont en situation de sélectionner les offres et de mettre en concurrence les employeurs. Les nouveaux diplômés choisissent prioritairement les grands centres hospitaliers publics situés dans des agglomérations importantes, les établissements privés viennent en second lieu. Les cliniques semblent offrir des contrats à durée indéterminée (CDI) alors que les hôpitaux publics offrent aux jeunes diplômés plutôt des contrats à durée déterminée (CDD) qui dans certains cas peuvent être transformés en CDI avant titularisation, mais les enquêtes régionales disponibles montrent que la part des CDD augmente et que celle de l'intérim n'est pas négligeable. Toutefois, on observe que dans les régions et les villes les moins attractives, la part des CDI est plus élevée. Il pourrait s'agir d'une stratégie pour stabiliser les effectifs ou encore d'une forme de gestion de l'emploi dans la fonction publique hospitalière, avec des embauches de contractuels sur postes vacants avant de transformer une part des contrats, les personnels devenant alors stagiaires en vue d'une titularisation¹⁴. On observe par ailleurs une augmentation forte de la mobilité des infirmières¹⁵, qui pose le problème de la « fidélisation » du personnel à la recherche des conditions de travail les plus attractives. Les gros établissements sont en position favorable. Certains hôpitaux publics sont contraints à revoir la modularité des horaires de travail pour garder leur personnel. La situation est à la fois très évolutive et contrastée d'une région à l'autre. Aucune étude ne mentionne le clivage privé public comme particulièrement structurant. L'attractivité d'un établissement ne tient que pour partie à la rémunération et aux modalités de gestion du personnel. La nature des activités, une équipe complète et solidaire, l'organisation du temps de travail sont des éléments déterminants et qui ne dépendent pas du statut juridique des établissements mais plutôt de leur management interne et des exigences liées à leur environnement.

11. Il est très difficile d'avoir une vue quantifiée de la situation et les travaux récents de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé ont tous souligné l'absence de données au niveau national.

12. À titre de comparaison, les établissements de santé employaient, en 2005, 160 000 médecins, odontologistes et pharmaciens, y compris libéraux et internes. Fizzala (Arnaud), « Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 », *Études et résultats*, DREES, n° 605, octobre 2007.

13. La Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins a estimé à 18 000 les postes d'infirmières créés dans les hôpitaux publics et établissements sociaux et médico-sociaux publics et à 8 000 les postes créés dans établissements privés pour la mise en place de la réduction du temps de travail (RTT). Observatoire national de la démographie des professions de santé, « Analyse de trois professions, sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale », *Le rapport 2004*, 2004, p. 67.

14. Observatoire national de la démographie des professions de santé, « Analyse de deux professions. Pharmaciens, infirmiers », *Le rapport 2005*, tome 2, 2006, p. 98.

15. Audric (Sophie), Niel (Xavier), « La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics », *Études et résultats*, DREES, n° 169, 2002.

Pour ce qui est des manipulateurs électroradiologistes (MER), le déséquilibre entre l'offre et les besoins s'accroît¹⁶ et exacerbe la concurrence entre secteur public et privé et entre établissements, la volonté d'attirer de jeunes diplômés pouvant conduire à des surenchères. La garantie de l'emploi n'est plus un avantage pour l'hôpital public tandis que des écarts de rémunération sont observés entre les secteurs privé et public au détriment de ce dernier (1 700 euros dans le secteur privé, sans gardes, contre 1 500 euros dans la fonction publique hospitalière). Les structures libérales possédant un plateau technique important sont attractives au plan salarial¹⁷. Le secteur privé est aussi attractif en ce que les médecins y sont stables (le manipulateur radio connaît les façons de faire de chacun) et soudés par des intérêts commerciaux. Alors qu'en CHU par exemple, la mobilité des médecins est plus grande, ils sont perçus comme plus individualistes, les malades y sont plus « lourds » aussi (réanimation, maladies, gériatrie). Toutefois, les MER recherchent une variété d'équipements qui permette une activité intéressante, la possibilité de choisir leur activité et aussi la proximité géographique avec leur lieu d'origine.

Les tensions sur le marché du travail des masseurs kinésithérapeutes où l'exercice en secteur libéral domine (78 %) se seraient intensifiées ces dernières années¹⁸. Les étudiants intègrent de moins en moins l'hôpital public en fin de formation, pour des raisons financières (les revenus des hospitaliers sont inférieurs à ceux des libéraux), mais aussi par souci d'indépendance dans l'exercice professionnel et par attrait pour la dimension sportive et non pas exclusivement médicale de la profession. Certains hôpitaux publics tentent d'améliorer leur attractivité en offrant des bourses aux étudiants de deuxième année en échange d'un engagement à servir de quelques années. Le dispositif se révèle incitatif dans la mesure où les frais de scolarité demandés par les écoles sont assez élevés.

Ainsi, pour faire face aux tensions du marché du travail¹⁹, les établissements publics peuvent recourir aux embauches sous contrat ou à l'adaptation des horaires de travail. L'augmentation du nombre de CDD, le recours à l'intérim, suggèrent une évolution de la gestion du statut de la main-d'œuvre. L'hypothèse a été formulée d'un alignement sur un « nouveau » mode de gestion des ressources humaines dans le cadre d'une recherche de performance des établissements, mais aussi des contraintes budgétaires et d'une faible maîtrise de l'évolution à moyen terme²⁰. Mais les données générales sur les recrutements et les mobilités d'emploi manquent pour conclure à l'échelle de la fonction publique

16. Entre 1999 et 2015, 44 % des effectifs travaillant dans le public partiront en retraite. L'augmentation des équipements lourds (+ 22 % de scanners installés entre 2000 et 2003, + 66 % d'IRM), explique aussi le nombre de postes vacants. La généralisation du dépistage organisé prévu par le plan Cancer, tout comme la banalisation du traitement des images et des réseaux élargissent le champ d'activité des manipulateurs et créent de nouvelles tâches.

17. Voir Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), « Les métiers de la cancérologie », *Le rapport 2006-2007*, tome 4, 2008, pp. 59 et ss.

18. Observatoire national de la démographie des professions de santé, « Les professionnels de santé. Comptes rendus des auditions », *Le rapport 2005, 2006*, pp. 186-190. Voir aussi Enquête de Brien (J-C), « Exercice salarié de la masso-kinésithérapie », Fédération française des masseurs kinésithérapeutes, citée in ONDPS, 2006, *op. cit.*, p. 188.

19. Les tensions sur le marché du travail des personnels de santé sont inscrites sur l'agenda depuis la mission Berland de 2002 et la création de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. L'observatoire conduit des analyses par profession de la situation démographique, en concertation avec les acteurs de terrain et au plus près des réalités régionales.

20. Hypothèse formulée dans l'analyse de la profession infirmière publiée par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé en 2006 p. 98 qui fait référence au travail de Tomasini (Magda), « Depuis dix ans, le *turn over* est en phase avec l'activité économique », *Premières synthèses*, DARES, septembre 2003, n° 381.

hospitalière²¹. Il semble difficile de parler de « privatisation » de la gestion des ressources humaines car les stratégies d'attractivité locales dépassent le seul recours au contrat et puisent largement dans les avantages du statut : perspectives de carrière, à tout le moins de mobilité interne, formation continue, jours de RTT négociés localement, présence des médecins pour les soignants, *etc.* L'attractivité d'un hôpital tient pour beaucoup à l'organisation du travail et au management des équipes.

PRIVATISATION, LES FORMES ET LES FORCES

Si le changement de statut de l'hôpital public a eu ses supporters, c'est plutôt dans le fonctionnement interne des établissements que l'influence des principes de la gestion privée a été constatée. Pour reprendre les termes de Simmel, le secteur privé a plus marqué les forces de l'hôpital que ses formes.

Le bénéfice illusoire d'un changement de statut

L'idée selon laquelle l'hôpital public gagnerait en efficience dès lors qu'il changerait de statut a été défendue. En adoptant un statut privé sans but lucratif, l'hôpital public aurait recouvré des marges de manœuvre et une gestion du personnel adaptée. Comptant parmi les promoteurs de cette idée, l'Institut Montaigne a publié un rapport²² intitulé *L'hôpital réinventé*, quelques jours avant que le Conseil économique et social diffuse son étude sur l'hôpital public en France²³, étude qui partage certains constats mais qui préconise des solutions bien différentes. L'argument en faveur d'une « privatisation » de l'hôpital public est lapidaire : « libérer l'initiative et la créativité des acteurs des excès de la réglementation et des procédures administratives tatillonnes ». Les médecins, soignants, infirmières, principaux acteurs de l'activité de soins, « n'ont que peu voix au chapitre dans son organisation » et « ne se sentent pas pleinement responsables de l'organisation des soins ». Afin de donner aux acteurs hospitaliers « une véritable responsabilité dans la gestion » et de réorganiser l'hôpital public « en le dégageant de l'excès de règles qui l'asphyxient », la proposition est faite de « permettre à l'hôpital public de se transformer en hôpital privé à but non lucratif, tout en conservant aux personnels qui le souhaitent leur statut public ». Le rapport suggère d'autoriser une expérimentation, en mettant en avant la réussite d'établissements participant au service public hospitalier comme l'institut mutualiste Montsouris à Paris, dont les règles de gestion sont privées, qu'il s'agisse du budget, de la politique d'achat, de la politique financière, ou de la gestion du personnel et de la gouvernance²⁴.

Le changement de statut n'a jamais été réellement mis sur l'agenda, pour des raisons politiques mais aussi parce que les effets paraissaient illusoire en terme d'efficacité. La

21. Certes, la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) s'est dotée d'un Observatoire national des emplois et compétences de la fonction publique hospitalière, mais la priorité a été donnée jusqu'ici à l'analyse de l'évolution des compétences et à la création d'un répertoire des métiers.

22. Institut Montaigne, *L'hôpital réinventé*, janvier 2004.

23. Molinié (Éric), *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Étude de la section des affaires sociales du Conseil économique et social, 2005, n° 10.

24. L'institut Montaigne a apporté une autre contribution au débat sous la plume de Denise Silber dont le rapport *Hôpital, le modèle invisible* (2005) propose d'établir une égalité de traitement pour les trois secteurs hospitaliers (public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif). La réforme de la tarification à l'activité qui vise une convergence entre les secteurs devrait conduire, selon les auteurs, à égaliser les conditions de management des personnels médicaux et non médicaux, avec une généralisation progressive du statut de droit privé sur la base du volontariat et à l'occasion de nouvelles embauches et la promotion d'une rémunération au

convention collective de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) ne semble ni plus souple ni vraiment moins complexe que le statut public. Par ailleurs, les hospitaliers savent que la gestion des personnels non titulaires est tout aussi compliquée que celle des personnels sous statut²⁵. En termes de gestion des ressources humaines, les secteurs public et privé sont, à taille comparable, plus similaires qu'il n'est dit. Les règles de la gestion publique n'empêchent pas, en principe, les initiatives, même si les hôpitaux publics innovants ne sont pas légions. En revanche, des différences profondes existent bien mais elles sont plus d'ordre culturel²⁶. Les personnels des hôpitaux publics sont à la fois pétris de culture administrative et dépositaires de valeurs qui fondent le contrat social. L'administration est à la fois rigide et souple et les logiques d'action collective ont tendance à renforcer la rigidité (les multiples tentatives d'individualisation de la notation ont toujours été contrées) et à renvoyer l'initiative au niveau individuel ou local²⁷. La souplesse existe dans le fonctionnement de l'hôpital au travers de l'engagement des soignants, des arrangements locaux²⁸ et du « travail de lien invisible »²⁹, c'est-à-dire sur le terrain, mais avec un coût psychologique élevé qui se traduit par un « malaise hospitalier »³⁰. C'est cette logique de l'action collective qui se transforme aujourd'hui. Or, à l'hôpital comme ailleurs, la coopération est coûteuse et souvent inconfortable³¹, et elle ne s'impose que si elle paraît légitime, par les avantages qu'elle procure, mais surtout par la finalité sur laquelle elle repose. Un accord sur les valeurs est essentiel pour rendre compatible le sens donné au travail et les objectifs des réformes.

Contrat social et contrôle politique

Les missions des hôpitaux publics sont sous-tendues par des valeurs humanistes inscrites dans le préambule de la Constitution qui garantissent aux citoyens un égal et libre accès aux soins. Ce principe a encore été confirmé et précisé dans la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Parmi les agents de la fonction publique hospitalière, l'accueil de tous est à la fois valorisé comme une manifestation du service public qui permet de se démarquer du monde marchand des cliniques privées, et critiqué comme étant une charge souvent indue et une source de désorganisation voire de gaspillage. La solidarité peut représenter une charge, mais elle est vécue comme une fierté,

mérite. Silbert (Denise), Castra (Laurent), Garel (Pascal), Risk (Ahmad), *Hôpital, le modèle invisible*, note de l'institut Montaigne, juin 2005.

25. La nature même des contractuels n'est pas sans ambiguïté, il s'agit de contractuels de droit public non soumis au code du travail et dont la marge de liberté contractuelle semble faible par rapport à l'aspect réglementaire de leur contrat.

26. Holcman (Robert), « Secteur public, secteur privé : similarités et différences dans la gestion des ressources humaines », *Revue française d'administration publique*, n° 123, 2007, p. 414.

27. Dupuy (François), Thoenig (Jean-Claude), *Sociologie de l'administration Française*, Paris, A. Colin, 1983 ; Bodiguel (Jean-Luc), Rouban (Luc), *Le fonctionnaire détrôné. L'État au risque de la modernisation*, Paris, Presses de la FNSP, 1991.

28. Contandriopoulos (André-Pierre), Souteyrant (Yves) dir., *L'hôpital stratège. Dynamique locale et offre de soins*, Paris, John Libbey Eurotext, MiRe, DH, 1996.

29. Bourret (Paule), *Les cadres de santé à l'hôpital*, Paris, Seli Arslan, 2006.

30. Sainsaulieu (Ivan), *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, Séli Arslan, 2003. La notion de malaise a été largement utilisée au moment des travaux préparatoires au plan *Hôpital 2007*, dans des rapports officiels.

31. Voir Dupuy (François), *Le client et le bureaucrate*, Paris, Dunod, 1998, à propos de l'hôpital public comme bureaucratie médicale.

source de reconnaissance. Elle est une valeur hospitalière, l'honneur de l'hôpital public³². Car le service public, tel que défini par le Code de la santé publique, est essentiellement conçu comme une prérogative de l'hôpital public, avec l'apport des établissements participant au service public hospitalier ; c'est-à-dire que les établissements de santé ne sont pas mis en concurrence pour cette mission. Du reste, l'admission des assurés sociaux (et donc la prise en charge de leurs soins par l'Assurance maladie) ne découle pas de la participation au service public mais des autorisations délivrées ou de l'adhésion des médecins aux conventions médicales pour ce qui est des honoraires des praticiens en clinique.

La loi hôpital, patients, santé, territoires a formellement dissocié les missions de service public³³ du statut des établissements, et prévu une contractualisation en la matière, qui dépendra du volontariat³⁴. Notons que la loi portant réforme hospitalière de 1970 avait déjà ouvert le service public hospitalier aux cliniques privées, sans grand succès. La modification du statut de l'hôpital public n'était pas envisageable pour une autre raison. En cas de crise sanitaire, les pouvoirs publics savent pouvoir mobiliser les établissements publics, ce qui n'est pas le cas pour le secteur privé, y compris participant au service public hospitalier. Les leçons ont été tirées de la gestion de la canicule de 2003. L'hôpital public offre une garantie dont les pouvoirs publics ne peuvent se passer aujourd'hui pour la gestion des crises sanitaires. À ces bonnes raisons s'ajoute le fait que l'hôpital public est un opérateur d'autres politiques publiques. En matière d'emploi, il a représenté par exemple un lieu privilégié d'accueil des emplois aidés. Son rôle économique en fait un élément important de l'aménagement du territoire. C'est pourquoi le contrôle centralisé dont l'hôpital public fait l'objet n'a jamais été remis en question. Finalement, le débat et les mesures adoptées pour l'évolution de l'hôpital public restent marqués, dans un style bien français, par une grande importance accordée aux structures et à la centralité de la décision. Les promoteurs de la transformation de l'hôpital public en établissement privé sans but lucratif, affirment que changer les règles formelles peut introduire un autre fonctionnement. Au nom de la souplesse et de l'initiative, ils perpétuent le mythe des structures. Par ailleurs, alors que tout le monde s'accorde sur la nécessité de réformer un système décrit comme complexe, avec plusieurs niveaux de décision, selon un schéma pyramidal bureaucratique classique, les réformes se sont concentrées sur le bas de la pyramide (les établissements, les professionnels de santé) et son milieu (l'échelon régional), en s'arrêtant aux portes du ministère de la santé, sauf à créer des agences qui l'entourent et le soutiennent. La promotion de la culture du contrat, de l'initiative et de la responsabilité cohabite avec un contrôle centralisé renforcé. Les analyses des contraintes qui pèsent sur l'exercice des missions de l'hôpital évoquent pourtant un fonctionnement hyper centralisé qui se traduit par une inflation de textes divers et parfois contradictoires. Un grand nombre de règles d'organisation de l'hôpital sont définies par la loi et non par un règlement intérieur, ce qui donne aux personnels hospitaliers le sentiment que les

32. Schweyer (François-Xavier), « Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences », in Paugam (Serge), *Repenser la solidarité au XXI^e siècle*, PUF, 2007, pp. 723-746.

33. La commission Larcher constatant que l'accessibilité financière n'était pas explicitement incluse dans le service public hospitalier, ni le rôle de l'hospitalisation privée comme acteur d'un territoire, en complément ou non d'un hôpital public, que par ailleurs le cadre de concession était obsolète et que le respect des obligations de service n'était pas systématiquement vérifié, a proposé de redéfinir et de clarifier les missions du service public hospitalier, in *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, présidée par M. G. Larcher, 2008, p. 20 et ss.

34. Des difficultés de mise en œuvre pourront exister comme par exemple la nécessité pour des cliniques privées ayant contractualisé un accès aux soins à tarif opposable de renégocier les contrats individuels des praticiens exerçant en son sein.

évolutions importantes sont décidées à l'extérieur de l'hôpital et qu'elles contribuent à rigidifier son organisation interne ³⁵.

Une tension entre culture du désintéressement et calcul des coûts

La confrontation brutale entre le monde du nouveau management public et le monde des soins et de la médecine à l'hôpital public, est ressentie comme un conflit de valeurs par les personnels hospitaliers. Elle est source de désarroi, de désenchantement et souvent de mécontentement. Les préoccupations d'ordre économique, devenues omniprésentes à l'hôpital, obligent à compter, à évaluer les coûts, à se soucier d'efficacité, à se mobiliser pour l'efficience. Les dispositifs de gestion inquiètent parce qu'ils n'appartiennent pas au système de valeurs partagé. La crainte de voire apparaître la « rentabilité » du patient traduit en fait la perte du sens de ce qui constituait une dimension du soin.

Les déclarations de principe qui introduisent les réformes ne semblent pas être de nature à rassurer les hospitaliers. La question est celle de la compatibilité perçue entre l'utilisation de dispositifs de gestion issus du monde de l'entreprise et les valeurs qui donnent sens non seulement au travail de soin mais aussi au projet professionnel des hospitaliers. Depuis un demi-siècle, l'hôpital public s'inspire des méthodes de l'entreprise. Le plan comptable de 1953 était directement issu de la comptabilité privée. Beaucoup de directeurs d'hôpital ont promu les méthodes d'organisation et de rationalisation du monde industriel y compris dans les services de soins ³⁶. L'essor de l'hôpital public s'est fondé sur une alliance objective entre les « managers » et les médecins. Dans les années 1980, après l'instauration du budget global en vue de la maîtrise des dépenses, la notion d'hôpital entreprise a connu encore un certain succès et les années 1990 ont été celles de l'apprentissage du management par projet et de la démarche qualité. L'importation de méthodes du secteur privé (y compris les mauvaises idées disent certains) tient presque de la tradition. Le malaise actuel ne relève pas de l'opposition classique, et en partie mythique, entre médecins (en tant que professionnels soucieux d'une autonomie dans leur travail) et directeurs (responsables de la gestion de l'hôpital conformément aux politiques publiques). La tension perceptible aujourd'hui, qui justifie une réflexion en termes de privatisation, est différente sur deux points. D'une part, les réformes en cours sont perçues comme mettant en cause les valeurs mêmes de l'hôpital, dans la mesure où la recherche d'efficience pourrait porter atteinte à l'accès de tous aux soins. En fait, il semble exister un doute sur la capacité politique à réguler l'application de dispositifs de gestion ayant une logique propre. D'autre part, plus que les réformes d'hier, la tarification à l'activité, la nouvelle gouvernance, les démarches de certification ³⁷ et la réorganisation territoriale de l'offre de soins qui sont les quatre chantiers d'aujourd'hui, transforment réellement et en profondeur l'organisation du travail. Le modèle traditionnel de spécialisation des services est inadapté pour répondre aux besoins d'une population vieillissante avec des polypathologies souvent chroniques. Les lignes vont devoir bouger en termes d'organisation mais aussi de hiérarchie symbolique entre services et spécialités. La recherche d'efficience oblige encore à redéfinir l'offre à partir du parcours du patient, c'est-à-dire à intensifier l'ouverture de l'hôpital, à

35. Molinié (Éric), *op. cit.*, p. 113.

36. Schweyer (François-Xavier), « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne de sciences sociales*, Tome XLIV, n° 135, pp. 45-60.

37. La diffusion de procédures d'accréditation, conçues par l'ANAES est gérée depuis 2005 par la Haute autorité de santé. La création de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH) en 2003, aujourd'hui intégrée à l'Agence nationale d'appui à la performance, renforce le dispositif d'accompagnement des réformes.

surmonter les tensions culturelles et profondes entre médecine hospitalière et médecine libérale, à organiser une coopération avec les environnements pertinents au niveau des territoires de santé³⁸. Le sens de l'engagement personnel et les cultures professionnelles sont directement interpellés et appellent l'énoncé d'une doctrine lisible d'offre de soins respectant le pacte social et, au niveau local, un travail de réflexivité et une mise en débat qui, seuls, permettront une appropriation des objectifs d'efficience. Mais on ne parle pas de cette nécessaire régulation culturelle.

LA RECHERCHE DE LA PERFORMANCE PAR LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La principale spécificité de la fonction publique hospitalière figure à l'article 4, alinéa 4 de la loi du 9 janvier 1986, qui dispose que les corps et grades sont gérés au niveau de l'établissement³⁹. Une autre spécificité importante est la possibilité d'organiser des concours sur titres pour la majorité des recrutements et notamment pour les quatorze corps paramédicaux qui représentent plus de 75 % du personnel statutaire et relèvent (pour la plupart) de professions réglementées. Ainsi, une véritable gestion des ressources humaines est possible, dans le cadre du statut bien sûr, qui, concrètement, n'est pas plus contraignant qu'une convention collective. De plus, le statut des personnels de la fonction publique hospitalière s'est adapté aux spécificités des missions dévolues aux hôpitaux publics (travail de nuit, horaires atypiques, contraintes particulières) et aux exigences de l'organisation des soins⁴⁰. Il existe cependant une grande variabilité de la gestion des ressources humaines d'un hôpital à l'autre.

La nécessité d'optimiser l'organisation du travail et d'améliorer les pratiques médicales et soignantes a conduit à repenser les modalités de gestion des ressources humaines. C'est dans un hôpital en mouvement qu'est censée être promue la logique de l'intéressement pour stimuler les initiatives des personnels et les responsabiliser. Son application se limite aujourd'hui aux seuls directeurs d'hôpital. Au plan de la gestion des compétences, les évolutions semblent plus tangibles bien que variables.

La gestion des ressources humaines dans un hôpital en mouvement

La modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics mobilise les personnels depuis plusieurs années autour de deux chantiers principaux. L'organisation en pôles d'activité (fédération de services) vise au décloisonnement interne des organisations médicales et institue une contractualisation interne entre le directeur et chaque responsable de pôle, médecin, qui assume une responsabilité médicale et gestionnaire, secondé par un

38. Schweyer (François-Xavier), « Crises et mutations de la médecine hospitalière », in Kervasdoué de (Jean), *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod, 2003, pp. 233-279.

39. Ce que le livre blanc de Jean-Luc Silicani pointe comme une condition de bonne gestion des ressources humaines, à savoir le rapprochement entre le décideur et les personnels concernés existe déjà dans la fonction publique hospitalière, *Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique. Faire des services publics et de la Fonction publique des atouts pour la France*, Conférence nationale sur les valeurs, les missions et les métiers du service public et de la fonction publique, avril 2008.

40. Derenne (Odile), Lucas (André), *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, vol. 2, *Le développement des ressources humaines*, Rennes, Éditions ENSP, 2005. L'auteur remercie André Lucas pour ses conseils et pour son aide.

cadre de soins et un cadre administratif au sein dans une forme de *triumvirat* de gouvernement local. C'est au sein des pôles que s'apprend la culture du résultat et de la performance. La contractualisation interne engage sur des objectifs définis. Elle nécessite de rendre compte (le *reporting*) de résultats mesurés (la mesure obligeant à créer des indicateurs fiables). Les cadres doivent évaluer les ressources mobilisées⁴¹ et, avec les médecins, négocier les transformations nécessaires. Le travail réalisé n'est plus évalué à partir de critères professionnels seuls (les bonnes pratiques), mais sa valeur ajoutée financière fait l'objet d'une interrogation. Le problème de la mesure de l'efficacité par rapport aux moyens mis à disposition n'est pas seulement technique, il est aussi social quand il révèle que tout n'est pas mesurable, en particulier la construction du lien social et la confiance qui soude les équipes. On observe que les établissements qui se sont engagés dans la préparation d'une accréditation (pilotées par la Haute autorité de santé) et qui repose sur une démarche participative, ont fait considérablement évoluer la logique du cloisonnement entre les métiers⁴². En revanche, la dimension financière de la gestion des ressources humaines peut devenir essentielle dans les plans de retour à l'équilibre financier, avec un risque de privilégier une vision à court terme centrée sur la réduction des effectifs, des actions de formation et des mensualités de remplacement⁴³. Une recherche de performance à très court terme peut compromettre dans le même temps l'amélioration de la performance basée sur la gestion des compétences.

Le second chantier est celui de la redéfinition des relations entre les acteurs. Le nombre des instances a été réduit par la récente loi hôpital, patients, santé, territoires (de dix à quatre) et leur composition renouvelée. Les commissions exécutives, rassemblant médecins et directeurs dans le pilotage de l'hôpital à un niveau stratégique, ont été des lieux d'acculturation croisée. Leur remplacement par un directoire plus restreint, justifié par un souci d'efficacité, a pu être perçu comme une atteinte à cette dynamique. Au plan du dialogue social, il n'existe pas de véritable culture de négociation au sein des hôpitaux. La mise en œuvre de la réduction du temps de travail, par exemple, a été négociée localement⁴⁴ mais dans la plupart des cas (il existe toujours des exceptions en matière hospitalière) en tenant pour acquis une compensation salariale totale et en renvoyant sur les autorités de tutelles la détermination des effectifs supplémentaires⁴⁵. Le dialogue social se limite souvent à des positions de principes ou à une logique quantitative. La négociation des conditions d'accompagnement des changements, intégrant l'évolution de l'organisation du travail et des compétences demanderait une réelle transformation des relations avec les organisations syndicales⁴⁶.

Enfin, l'application des 35 heures à l'hôpital aurait provoqué un changement du rapport au travail et une intensification des tâches, générant des tensions plus fortes qu'auparavant entre la gestion du temps individuel de travail et l'organisation de l'équipe.

41. Divay (Sophie), Gadea (Charles), « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, n° 128, 2008, pp. 677-687.

42. En revanche, la mise en œuvre de la RTT a eu pour effet d'aggraver le cloisonnement interne et de révéler une crise de l'organisation et du fonctionnement interne des hôpitaux. Voir Piquemal (Angel), *Mission nationale d'évaluation de la mise en œuvre de la RTT dans les établissements de santé*, 2002.

43. Poimboeuf (Christian), Lucas (André), « Renforcer la dimension stratégique des RH », *Les cahiers hospitaliers*, septembre 2009, p. 18.

44. Là où les syndicats étaient puissants, vingt jours de RTT ont pu être octroyés, alors que des hôpitaux voisins négociaient douze jours.

45. Ces accords sont aujourd'hui durement renégociés dans les hôpitaux ayant signé un contrat de retour à l'équilibre budgétaire.

46. Sur la spécificité des relations des soignants aux syndicats, voir Sainsaulieu (Ivan), « Syndicalisme à l'hôpital : sociologie d'une insatisfaction », *Sève Les tribunes de la santé*, n° 18, avril 2008, pp. 83-94.

Les ajustements sont devenus plus difficiles et les règles plus rigides. Selon un directeur hospitalier des ressources humaines : « on est passé d'une économie de troc à une économie de compte ». Le rapport au travail serait devenu plus individuel. Pour l'organisation du travail, les plages de superposition des équipes et les temps de transmission ont été réduits ⁴⁷, avec pour effet la perception d'une organisation instable, cette perception étant accrue encore par l'intensification du travail ⁴⁸. Cette réalité se traduit par un taux d'absentéisme élevé qui pèse considérablement sur la gestion des ressources humaines.

La logique de l'intéressement

Les propositions formulées dans le livre blanc de Jean-Luc Silicani sont peut-être moins étrangères à la fonction publique hospitalière qu'aux autres fonctions publiques ⁴⁹. Pour autant, leur traduction n'a pas encore été mise en chantier, il s'agit d'un horizon. Pour ce qui est de l'intéressement, et comme dans la fonction publique d'État, la réforme a commencé par les cadres et se limite aujourd'hui aux directeurs d'hôpital. Ces dernières années, une partie des emplois de directeur d'hôpital a été transformée en emplois fonctionnels ⁵⁰. Les emplois statutaires, eux, ont été réorganisés par un décret du 2 août 2005 qui a instauré un corps en deux classes (et donc un accès aux échelons hors classe beaucoup plus rapide) et une rémunération à la performance. La note chiffrée étant supprimée pour éviter le mécanisme d'attribution automatique, l'évaluation a été renforcée et le système de primes profondément modifié. La prime de service a été remplacée par une indemnité de responsabilité et une prime de fonction, avec une part variable de plus ou moins 20 %, fixée par l'évaluateur. La prime des directeurs d'hôpital est très voisine d'une prime de résultat ; pour ce qui est de la prise en compte de la complexité de la fonction, on peut considérer qu'elle n'existe aujourd'hui que pour les emplois fonctionnels et pour les directeurs généraux, dans la mesure où la base de leur prime est plus élevée. La logique de l'intéressement individuel est donc appliquée ⁵¹. L'individualisation des rémunérations pourrait être étendue aux directeurs des soins, qui sont désormais gérés par le Centre national de gestion ⁵².

Pour les personnels, la rémunération se fonde toujours sur la notation (arrêté du 6 mai 1959) et les indemnités et primes, essentiellement la prime de service (arrêté du 24 mars 1967) ⁵³. Dans son principe le système reste bureaucratique. La notation a des effets directs sur la carrière de l'agent et sur sa rémunération, elle est en outre un élément déterminant

47. Sainsaulieu (Ivan), *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, Paris L'Harmattan, 2003. Du même auteur, *L'hôpital et ses acteurs. Appartenance et égalité*, Paris, Belin, 2007.

48. L'accroissement de la charge mentale du travail est due aussi à l'importance des soins non programmés dans certains services et hôpitaux, à une complexité croissante des soins due aux protocoles et contrôles pour la maîtrise de la qualité et des vigilances de sécurité sanitaire, à la nécessité « d'éduquer » les patients à qui on délègue une partie du travail afin de réduire les durées de séjour, etc.

49. Silicani (Jean-Luc), *op. cit.*

50. Ces emplois échappent aux règles statutaires : il s'agit d'emplois de contractuels de droit public pouvant avoir des profils variés tels que directeur d'ARH, médecin, juriste, préfet, directeur d'hôpital. À terme, on peut penser que tous les hôpitaux de référence seront concernés.

51. Une prime spécifique de sujétion d'un montant de 10 000 euros et subordonnée à un engagement de servir de cinq ans, a en outre été créée pour les directeurs acceptant d'exercer dans des postes particulièrement difficiles ou dont la vacance est anormalement longue. Il existe encore une indemnité d'intérim et une indemnité de direction commune.

52. Une mission sur l'encadrement hospitalier est en cours, sous la responsabilité de C. de Singly, qui devrait se prononcer sur l'extension de la logique d'intéressement aux cadres.

53. Derenne (Odile), Lucas (André), *Le fonctionnaire hospitalier. Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, Presses de l'EHESP, mise à jour du 15 septembre 2008.

pour l'attribution de la prime de service. Dans chaque établissement, une somme est prélevée à hauteur de 7,5 % de la masse salariale pour constituer la prime de service. Au vu du niveau moyen de l'absentéisme, cependant, l'intégralité de la somme peut ne pas être distribuée, ce qui donne lieu à une redistribution des produits de l'abattement dû à l'absentéisme sous forme de surprimes. Le régime indemnitaire de la fonction publique hospitalière est complexe et manque de modularité pour prendre réellement en compte les responsabilités exercées, l'atteinte d'objectifs ou la valeur professionnelle. Il existe toutefois une exception notable, celle des ingénieurs et techniciens supérieurs hospitaliers qui bénéficient d'une indemnité forfaitaire technique individuelle, fixée par le chef d'établissement et qui peut atteindre jusqu'à 40 % du salaire d'un technicien et 60 % pour un ingénieur. Le système indemnitaire devrait évoluer par l'instauration d'une prime de fonctions et de résultats, aujourd'hui instaurée dans la fonction publique d'État pour les cadres A (décret du 22 décembre 2008), et qui, selon le ministre du budget devrait « à terme » concerner les agents de catégorie A et B de la fonction publique hospitalière.

Dans son principe, l'évaluation a longtemps été taboue dans les hôpitaux. Les appréciations générales qui doivent obligatoirement accompagner la notation pouvaient se réduire à un exercice de style quand le management était administratif voire directif. Mais certains établissements ont développé un système d'appréciation plus approprié et parfois un véritable dispositif d'évaluation. Il convient de rappeler que faute de décret d'application de l'article 65 de la loi du 9 janvier 1986, l'entretien d'évaluation n'a pas de caractère obligatoire dans la fonction publique hospitalière. Mais les établissements les plus dynamiques ont depuis longtemps replacé les mécanismes de la notation dans un système d'évaluation fondé à la fois sur les normes professionnelles, les objectifs de service et les activités exceptionnelles. L'évaluation est une source de reconnaissance individuelle et permet un management réel bien qu'elle reste inscrite dans le cadre de la notation.

Les mesures d'intéressement ont été envisagées dès la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Mais compte tenu de l'imprécision des textes, le Conseil d'État a estimé en 1995 que les mesures d'intéressement ne pouvaient donner lieu à un intéressement pécuniaire et ne pouvaient porter que sur l'amélioration des conditions de travail. Certains hôpitaux ont déployé des dispositifs d'intéressement collectif portant sur l'amélioration des conditions de travail. Dans le cadre de la mise en œuvre des pôles, les hospices civils de Lyon par exemple, ont conçu un dispositif complexe où les pôles dégagent des marges sur leur résultat en voient restituer au chef de pôle une partie, l'autre servant au retour à l'équilibre financier de l'établissement. Comme toujours, les initiatives sont locales, dans le respect de la jurisprudence. Il existe cependant un cadre juridique institutionnel pour une politique d'intéressement intégrée au bilan social. D'une part, l'article L 6143-7 du code de la santé publique (modifié par la loi hôpital, patients, santé, territoires) indique qu'« après concertation avec le directoire, le directeur : [...] 3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement. ». Mais il n'existe pas d'adaptation statutaire en sorte que la mesure ne peut s'appliquer aux agents de la fonction publique hospitalière. D'autre part, le décret du 22 novembre 2006 prévoit « des mesures d'intéressement aux résultats constatés » dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (article D 6114-5 du code de la santé publique). Les contrats doivent permettre à l'établissement de santé (ici public ou privé) de « renforcer l'efficacité de sa gestion par une meilleure utilisation de ses ressources et le développement d'outils de gestion ». Là encore, les conditions d'application du texte n'existent pas.

Deux remarques peuvent être faites. Sans que l'on puisse parler d'intéressement, le système indemnitaire actuel qui comprend par exemple des indemnités pour travaux supplémentaires ou des prime de technicité, ne semble pas très éloigné des conventions

collectives, en ce qu'il utilise des critères liés à la « pesée des fonctions » (autonomie, compétence, responsabilité). Toutefois, les syndicats sont divisés sur la notion d'intéressement individuel, entre ceux qui admettent la possibilité d'une approche individuelle pour placer la pesée des fonctions dans l'échelle de rémunération, et ceux qui défendent une position collective de principe fondée sur le statut. Du côté des personnels, et pour des raisons culturelles liées au travail d'équipe, à la culture de service public et à l'engagement soignant qui tous deux entretiennent un rapport complexe à l'argent, c'est l'individualisation d'un intéressement lié aux résultats (et qui se traduirait au plan financier) qui est perçue comme un risque. L'intéressement relève de la reconnaissance verticale⁵⁴ qui lie le salarié à l'hôpital. Le fait que le travail effectué soit reconnu est source de satisfaction et aussi, même chez ceux qui sont critiques, de prestige social. Mais l'évaluation du management adopte des critères (objectifs, résultats) qui ne sont pas nécessairement ceux du soignant par exemple. L'individu peut être en conflit entre sa volonté de bien faire et la nécessité de se conformer à une rationalité managériale. Le lien qui soude les équipes et le désir de bien faire absorbent quotidiennement les imperfections de la gestion du système et des changements. D'autre part, reconnaître, c'est distinguer, séparer l'agent dont on valorise l'activité et les responsabilités. Ce qui pose le problème de la reconnaissance horizontale entre collègues qui consiste à identifier clairement la place de sa propre activité dans une production collective et à en tirer satisfaction. La contribution à la production collective a de la valeur pour soi parce qu'elle est valorisée par les autres. Norbert Alter écrit à ce propos : « La reconnaissance permet au salarié de s'assurer de sa place, à la fois sur le plan technique et social, et d'être fier de son travail puisqu'elle récompense le fait d'avoir donné, de s'être engagé pour la cause commune ». L'intéressement individuel est gros d'un autre risque, celui de la tentation égoïste. Le discours sur la moindre mobilisation des jeunes, qui auraient un comportement de donnant-donnant, plus soucieux de l'équilibre de leur vie professionnelle que de l'engagement au sein d'une équipe, traduit chez les aînés la perception de ce risque. Le comportement prêté aux jeunes paraît assez logique quand le contrat de travail n'ouvre plus sur l'horizon d'une carrière, dans une temporalité longue et une logique collective. On peut y voir aussi l'expression d'une réalité sociologique plus profonde qui est que l'intégration dans un collectif de travail est un investissement long et que l'apprentissage auprès des aînés se fait au prix d'échanges, d'allégeance, de constance, de loyauté. Il faut payer le prix. C'est d'ailleurs pourquoi les cadres de proximité insistent beaucoup sur l'accueil des nouveaux comme gage de « fidélisation ».

L'intéressement est pensé et discuté en termes de reconnaissance au-delà de la seule responsabilisation économique. Les hôpitaux qui ont engagé une action sur ce thème ont une approche très pragmatique de l'intéressement des équipes, par l'apport de matériel, l'amélioration des conditions de travail, l'offre de formation. Ce qu'un directeur d'agence régionale d'hospitalisation traduit à sa manière : « l'intéressement pour le personnel, c'est la baisse de l'absentéisme ».

La gestion des compétences

L'instauration d'une tarification à l'activité s'est accompagnée de la suppression du « tableau des emplois » rémunérés par l'établissement public, qui devait être visé par l'Agence régionale de l'hospitalisation. Il en découle une plus grande facilité à modifier les qualifications professionnelles. Or la gestion des compétences et des métiers, avec

54. Cette distinction entre reconnaissance verticale et horizontale est empruntée à Alter (Norbert), *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, Paris, Éditions La Découverte, 2009, pp. 190 et ss.

l'organisation du travail (y compris sa durée), est devenue une priorité en matière de ressources humaines. Par exemple, un responsable de pôle pourra revendiquer la transformation d'emplois peu qualifiés à la suite de la restructuration de laboratoires, et demander plus de techniciens et d'ingénieurs et moins d'aide de laboratoire.

La direction des hôpitaux et de l'offre de soins (DHOS) a fait élaborer un répertoire des métiers hospitaliers qui propose une nomenclature des métiers et des fiches descriptives pointant les compétences requises et les passerelles statutaires possibles. Ce répertoire constitue un outil pour la gestion des compétences. Celle-là suppose d'analyser les activités et leur évolution pour repérer les compétences existantes, celles qui sont appelées à disparaître et, dans une vue prospective, celles qui seront nécessaires. La logique de la performance oblige à examiner précisément les ressources humaines mobilisées dans les activités, afin d'ajuster (et de développer) les compétences des personnels. Or cette démarche s'articule avec l'adaptation des organisations de travail médicales et non médicales. C'est sur le lieu même de la production des soins que peut se concevoir la meilleure cohérence de l'action et le développement des compétences. Cette évolution a deux conséquences. La première est que l'efficacité de la prise en charge des patients implique différents métiers et qu'elle ne peut se penser qu'au sein d'une démarche pluri-professionnelle. La seconde est que la gestion concrète des ressources humaines, parce qu'elle mobilise les personnels dans leur cadre de travail, va s'inscrire dans une logique ascendante bien différente de la logique descendante de la gestion administrative et statutaire. L'implication des médecins et des cadres de proximité est nécessaire et représente une incertitude. Des formations spécifiques seront nécessaires, de même qu'un soutien méthodologique important. Les outils qui permettent de gérer les reconversions sont la validation des acquis de l'expérience (VAE), le bilan de compétences, les bilans professionnels (peu utilisés), le droit individuel à la formation, le congé formation. Les métiers ouvriers présentent une difficulté particulière en matière de reconversion, car ils nécessitent parfois une remise à niveau des acquis de base de l'enseignement général. Pour les directions, l'enjeu est de soutenir les initiatives au sein des pôles et en même temps de maintenir une cohérence de la démarche au sein des établissements, avec une perspective stratégique affirmée.

*
* *

En conclusion, la fonction publique hospitalière s'inscrit toujours dans un cadre bureaucratique, même si elle paraît être la plus adaptée des trois fonctions publiques pour atteindre une gestion des ressources humaines performante. La gestion locale, avec une maîtrise des recrutements et des carrières, donne des marges de manœuvre aux directeurs d'hôpital. La production d'outils, qui a été développée tant pour élaborer un système d'évaluation que pour la gestion des compétences, permet à certains hôpitaux d'adapter l'organisation du travail et d'ajuster les compétences pour répondre aux injonctions d'efficacité. Mais sur ce point, les situations locales restent contrastées. Par ailleurs, la tarification à l'activité représente une « machine de gestion » plus qu'une mise sur un marché⁵⁵. Son application progressive met sous tension les hôpitaux, et la contrainte de l'équilibre budgétaire avive la concurrence et n'est pas sans effet sur l'emploi hospitalier. La convergence entre secteur public et secteur privé a été repoussée, les systèmes d'information incomplets et la faiblesse des outils ne permettant pas encore de lever les soupçons et d'établir des références incontestables. L'imperfection de l'outillage pourrait

55. Moisdon (Jean-Claude), Tonneau (Dominique), *loc. cit.*, p. 124.

donner lieu à des apprentissages collectifs et favoriser une réflexivité sur l'offre de soins. Mais on peut redouter aussi des affectations automatiques de ressources. Une chose est sûre, les stratégies des établissements seront variées. La mise sous tension n'est pas que financière, elle est aussi normative. Il existe un malaise hospitalier, une crise de confiance dans la capacité des pouvoirs publics à surmonter les ambiguïtés et à garantir le respect des valeurs du contrat social. Certes, les controverses sur la valorisation des missions de service public ont conduit le législateur à en préciser les contours et à prévoir la contractualisation de leur exercice. Mais le débat social n'a pas eu lieu. La « privatisation » de la fonction publique hospitalière ne s'impose pas comme une évidence. En revanche, l'hôpital public est en mouvement entre déstabilisation et transformation.