

LA GESTION DE L'EMPLOI DANS LES HÔPITAUX PUBLICS FRANÇAIS : UN SYSTÈME CONTRAINT

Mélanie CAILLAUD
Allocataire de recherche et moniteur
Université de Paris Sud
Laboratoire PESOR
Faculté Jean Monnet
54, bd Desgranges
92331 Sceaux Cedex France
tél. : 06.21.16.26.57.
melanie.caillaud@club-internet.fr

INTRODUCTION

En France, les grèves de personnel se succèdent au sein des hôpitaux publics, concernant les étudiants en médecine, les infirmières, les sages-femmes et récemment les médecins urgentistes. Les revendications de ces mouvements sociaux portent le plus souvent sur les conditions de rémunération, de reconnaissance et les créations de postes. Ces mouvements de contestation catégoriels sont susceptibles d'être éclairés par les caractéristiques de la gestion de l'emploi pratiquée au niveau des hôpitaux publics.

Ces hôpitaux publics connaissent un environnement contraignant à plusieurs titres. Ces établissements de santé doivent respecter des normes de sécurité. Leur mission de service public implique également de répondre à la demande de soins. Le statut public du personnel implique l'application du statut de la fonction publique hospitalière. Enfin, les réformes de l'hospitalisation obligent à respecter le budget de fonctionnement annuel alloué par la tutelle sanitaire. L'objectif de cette communication est d'analyser comment se traduit ce faisceau de contraintes sur la gestion de l'emploi pratiquée par les hôpitaux publics. Quelles sont les modalités de gestion de l'emploi dont disposent les établissements publics de santé, qui sont soumis de façon croissante à des normes d'activité, de fonctionnement et de financement ? Ces multiples contraintes nous semblent orienter fortement la gestion de l'emploi hospitalier vers une politique continue de maîtrise des dépenses de personnel. Cette maîtrise du budget personnel passe principalement par la diminution des charges accessoires de personnel et la réduction des effectifs.

Nous utiliserons l'expression « gestion de l'emploi » dans une acception large incluant simultanément la recherche d'un certain niveau d'emploi et la gestion des compétences des salariés (Gavini, 1997). « La gestion de l'emploi peut se définir comme l'ensemble des procédures et des règles ayant pour objet de contrôler les mouvements externes et internes de personnel, de manière à obtenir une évolution quantitative et qualitative de l'emploi qui satisfasse un certain nombre d'objectifs stratégiques » (Henriet, 1991, p. 641). Nous étudierons la gestion de l'emploi du personnel hospitalier du point de vue des établissements publics de santé. Notre unité d'analyse est le centre hospitalier. Cette communication se propose d'étudier les modalités de gestion de l'emploi disponibles au niveau local du réseau d'hospitalisation publique. Cette recherche adopte une perspective compréhensive et n'a pas de visée normative. L'objectif est de connaître les modalités de gestion de l'emploi utilisées

par les hôpitaux publics français et de comprendre comment ces modalités sont choisies de préférence à d'autres.

Les éléments empiriques de cette communication sont issus de l'étude de cas de sept hôpitaux publics français, basée sur des entretiens semi-directifs avec des membres de la direction des ressources humaines et l'analyse de documents internes et externes. L'échantillon étudié n'est pas représentatif sur le plan statistique des établissements publics de santé français. Les extraits d'entretien sont utilisés de façon anonyme, pour des raisons de confidentialité. Cette absence d'identification des hôpitaux publics ne porte pas à conséquence : cette communication a pour objectif de montrer les caractéristiques communes de la gestion de l'emploi pratiquée par les établissements publics de santé français.

Nous caractériserons tout d'abord les multiples contraintes, partiellement contradictoires entre elles, pesant sur la gestion de l'emploi hospitalier. Ces contraintes sont celles des établissements publics de santé : elles sont liées à la nature de leur activité et au statut de leur personnel. Dans une seconde partie, nous verrons que cette gestion de l'emploi hospitalier est fortement contrainte, à la fois en termes de pouvoir et de temps. Cette gestion de l'emploi pratiquée par les hôpitaux publics se limite à des modalités d'adaptation peu nombreuses qui doivent s'inscrire dans un horizon temporel court : essentiellement l'année.

1. UNE GESTION DE L'EMPLOI HOSPITALIER FORTEMENT ENCADREE

La gestion de l'emploi en milieu hospitalier se déploie dans un faisceau de contraintes, partiellement contradictoires entre elles. Ces contraintes sont inhérentes à la nature de l'activité de ces établissements de service public qui prodiguent des soins et au statut de la fonction publique hospitalière qui encadre fortement les modalités de gestion de l'emploi.

1.1 Le contexte de l'activité hospitalière publique

La gestion de l'emploi hospitalier est au service d'une activité spécifique à plusieurs titres : l'hôpital constitue un service public qui fournit des soins médicaux. Cette activité hospitalière obéit à des normes de sécurité, qui concernent entre autres le personnel. Enfin, ces établissements hospitaliers sont des organisations non marchandes, dépendantes de leur tutelle pour obtenir des ressources financières. Les hôpitaux publics ont l'obligation de respecter le budget de fonctionnement annuel qui leur est alloué.

Répondre à la demande de soins

Certains établissements de santé sont investis d'une mission de service public. Les activités de service public répondent à trois principes : la continuité, l'égalité et la mutabilité (Bartoli, 1997). En particulier, les caractéristiques de continuité et de mutabilité influencent la gestion de l'emploi de ces hôpitaux publics.

L'obligation de continuité implique que les hôpitaux publics doivent fonctionner 24 heures sur 24, pendant l'année entière. Ce fonctionnement ininterrompu influence les effectifs nécessaires, en particulier dans les services de soins. Le principe de mutabilité signifie que les prestations fournies au public doivent être toujours adaptées à ses besoins, ce qui suppose qu'elles évoluent quand ces besoins changent. Dans le secteur de la santé, en vertu de ce principe, un hôpital public doit répondre à la demande de soins exprimée par la population locale. L'établissement public de santé ne maîtrise donc pas complètement le volume de son activité qui dépend des patients.

Cette mission de service public contraint donc la gestion de l'emploi hospitalier, en particulier concernant les effectifs de personnel soignant et médical. Par exemple, le déménagement de la maternité d'un centre hospitalier a provoqué une sensible augmentation de son activité. Du fait de sa mission de service public, cet hôpital doit satisfaire cette demande de soins croissante. Ce service de gynécologie obstétrique a été transféré depuis l'ancien site de l'hôpital, situé en centre ville dans des bâtiments historiques, vers le nouvel hôpital où une extension a été construite pour accueillir ce service de soins. « *Quand la maternité a été transférée ici, en l'espace de quelques mois, son activité a pratiquement été multipliée par 2 voire plus. La maternité, située dans l'ancien hôpital, fonctionnait dans des conditions, on pourrait dire, presque médiévales. L'hôtellerie, ce qui est important en maternité, n'était quand même pas brillante. Ici, on a installé un service neuf, agréable. Ce qui fait qu'alors qu'on était descendu à moins de 600 naissances par an à l'ancien hôpital, pratiquement en un an, on est monté ici à plus de 1000 et en 99, on va peut être dépasser les 1500. Ce qui veut dire presque 3 fois le nombre de naissances qu'il y avait dans l'ancien site...* » La notion de service public, quoique présente dans cette citation, n'est pas nommée de façon explicite.

Respecter les normes de sécurité

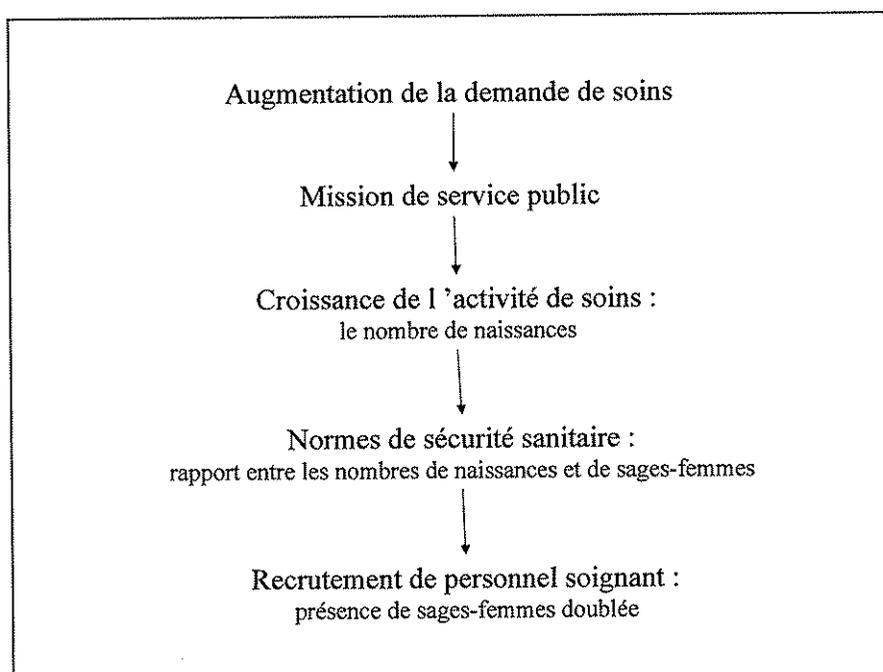
L'hôpital dispense une activité médicale soumise au respect de normes sanitaires. Ces normes de sécurité portent entre autres sur le personnel. Ces normes concernent avant tout la catégorie du personnel soignant ; elles spécifient à la fois le nombre de personnel soignant nécessaire et la nature de ses qualifications. Elles se traduisent généralement par un rapport entre l'activité d'un service de soins et l'effectif soignant minimum.

Ces normes de sécurité constituent une contrainte supplémentaire pour la gestion de l'emploi hospitalier. Une augmentation de l'activité d'un service de soins peut ainsi nécessiter le recrutement de personnel soignant, pour respecter les normes de sécurité. Ainsi, la nette croissance de l'activité de la maternité, évoquée ci-dessus, a nécessité de doubler la présence de sages-femmes tout au long de la journée. L'activité d'un service de gynécologie obstétrique est mesurée par le nombre de naissances par an. La norme de sécurité est dans ce cas un rapport entre le nombre d'accouchements et le nombre de sages-femmes présentes.

« ...Alors, évidemment, on n'a pas pu faire face à une telle activité avec les mêmes moyens. Par exemple, quand on dépasse le seuil de 1000 à 1100 naissances par an, on est obligé de doubler la présence des sages-femmes. En dessous de 1000 grosso modo, il peut n'y avoir en salle de naissance, en salle de travail qu'une sage-femme présente. 1000 naissances, cela en fait à peine 3 par jour ; pour peu que ce soit un peu étalé dans la journée... [...] Mais quand on dépasse les 1000, on arrive à 4 ou 5 naissances en moyenne par jour, là il faut avoir 2 sages-femmes présentes. Pour avoir deux sages-femmes au lieu d'une, 24 heures sur 24, il a fallu en recruter entre 4 et 5.[...] »

On a des normes de sécurité précisément, et c'est très sensible en maternité, c'est évident. On ne peut pas prendre des risques par rapport à des gens qui nous font confiance, de ne pas mettre en face d'une activité les moyens humains nécessaires. »

Table n° 1

Les relations entre les patients et l'hôpital public : l'exemple de la maternité

Cet exemple du service de gynécologie obstétrique illustre la multiplicité des contraintes imposées aux établissements publics de santé (cf. Table n° 1). La mission de service public implique de satisfaire la demande de soins émanant des patients. Le respect des normes de sécurité peut nécessiter de recruter du personnel supplémentaire lorsque l'activité de soins connaît une hausse sensible. Ces contraintes liées au service public peuvent être contradictoires avec le mode de financement des hôpitaux français.

Ne pas dépasser le budget alloué

Depuis les ordonnances de 1996, les Agences Régionales de l'Hospitalisation allouent à chaque établissement de leur zone géographique une Dotation Globale de Fonctionnement (Denis et Valette, 2000). Cette dotation est destinée à couvrir les frais de fonctionnement d'un établissement public de santé pendant une année civile. Le montant de ce budget est déterminé à l'avance par la tutelle sanitaire régionale.

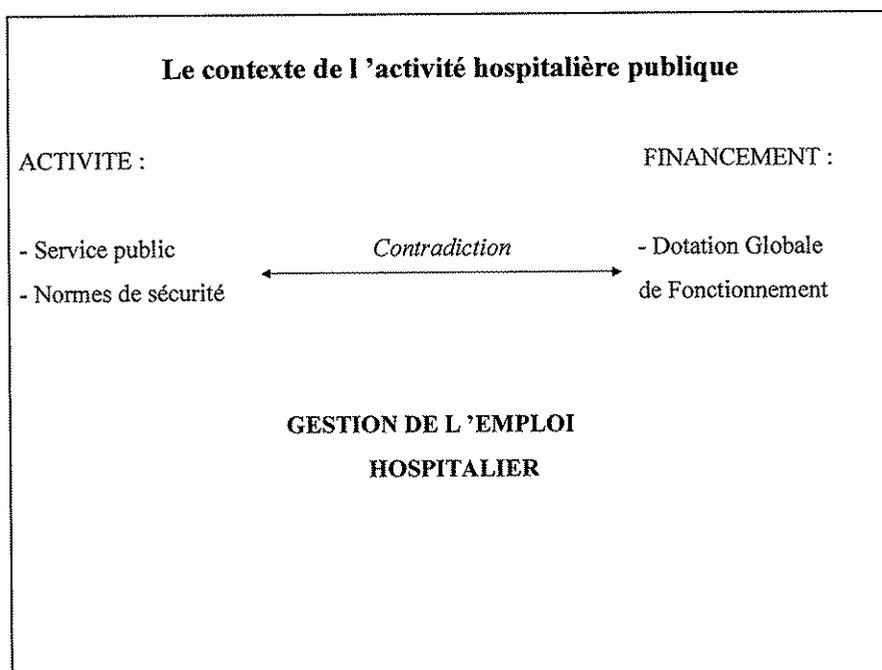
Dans le cadre de la maîtrise des dépenses publiques de santé, cette dotation globale de fonctionnement est généralement inférieure au montant du budget prévisionnel, établi par certains hôpitaux. De plus, ce budget appelé « exécutoire » fixe de façon impérative le montant des dépenses de fonctionnement annuelles. L'impératif posé aux hôpitaux publics est de ne pas dépasser le budget fixé par la tutelle. Mais, à l'inverse, les établissements publics de santé ne sont pas incités à se situer en-dessous de cette enveloppe budgétaire.

Cette limitation des dépenses de fonctionnement constitue une contrainte supplémentaire pour la gestion de l'emploi hospitalier. En effet, les hôpitaux sont des établissements de service dont le personnel représente le poste de dépenses le plus important. « *Il faut savoir que les deux tiers de nos coûts de fonctionnement sont représentés par des charges de personnel* ». Les restrictions budgétaires affectent donc en premier lieu le personnel et orientent ainsi la gestion de l'emploi hospitalier.

Les contraintes liées à l'activité hospitalière publique s'opposent partiellement les unes aux autres (cf. Table n°2). Par exemple, l'absence de maîtrise du volume de soins dispensés par l'hôpital public est contradictoire avec la détermination *a priori* de son budget. Le cas du service de gynécologie obstétrique, exposé plus haut, illustre cette tension entre activité médicale et financement. « *On a cette particularité : la tutelle au sens large (l'Etat, la sécurité sociale) nous fixe un budget de fonctionnement en début d'année et on doit faire avec, quelle que soit la demande en face de laquelle on se trouve placé.* »

Table n° 2

La gestion de l'emploi hospitalier dépend du contexte des établissements publics de santé.



La dotation globale de fonctionnement est également difficile à concilier avec le statut de la fonction publique hospitalière, dont bénéficie la grande majorité du personnel (Chanteloup et Foulon, 1995). Ce statut de fonctionnaire hospitalier est en effet considéré comme coûteux. « *Il faut qu'on se débrouille avec ce qu'on nous a donné avec toutes les contraintes qu'on a : les obligations de service public auxquelles on est soumis, les contraintes en matière de statut de personnel. On ne va pas se plaindre d'avoir un statut protecteur mais, quelque part, cela coûte cher aussi. Et là, on n'a pratiquement pas de moyens...* »

1.2 Le statut de la fonction publique hospitalière

Cet aspect onéreux du statut de la fonction publique hospitalière est lié à l'importance de la stabilisation de la main-d'œuvre. Cette volonté de fidéliser le personnel est essentielle car le statut hospitalier repose sur le système de la carrière. Dans ce système, le fonctionnaire n'est pas recruté pour un emploi déterminé, mais dans un corps où il est susceptible d'occuper des

emplois variés (Larzul, 1992). Cette garantie de l'emploi est assortie de différentes modalités d'augmentations salariales, individuelles et collectives. Les augmentations individuelles sont prévues par le statut hospitalier alors que les augmentations collectives sont négociées pour l'ensemble de la fonction publique.

Les augmentations individuelles de traitement

Dans la fonction publique, les augmentations individuelles correspondent au Glissement Vieillesse Technicité. Ce GVT comprend deux éléments cumulatifs : les avancements d'échelons et de grades (Clément, 1999). Ces deux modalités d'augmentations individuelles sont décidées au niveau de l'hôpital. Par exemple, la plupart des promotions de grades sont prononcées par les Commissions Administratives Paritaires d'établissement. Mais elles sont soumises à des conditions définies au niveau national, valables pour tous les établissements publics de santé français.

Ces conditions sont relatives à l'ancienneté nécessaire pour changer d'échelon ou de grade. L'ancienneté d'un agent lui permet de bénéficier d'un changement d'échelon et ainsi de voir son traitement augmenter. Les avancements de grade sont soumis à une condition supplémentaire qui limite la part des grades de promotion. La répartition de l'effectif de chaque qualification dans les différents grades fait l'objet de quotas. La politique de promotion dépend de la proportion du grade supérieur dans l'effectif total éligible. Ainsi, un bilan social d'un centre hospitalier fait apparaître une diminution d'un tiers des changements de grade par rapport à l'année précédente. Cette baisse sensible est justifiée par le commentaire suivant : « *la plupart des grades de promotion sont accessibles dans la limite de « quotas » dont le nombre maximum est déjà atteint* ».

Ce Glissement Vieillesse Technicité constitue un facteur de croissance des dépenses de personnel stable dans le temps ; il se reproduit à l'identique d'année en année. Cet effet GVT est un facteur extérieur à l'établissement hospitalier, qui représente seulement le niveau organisationnel où ces règles nationales sont appliquées. Ces règles d'augmentations individuelles des salaires sont ressenties par les Directeurs des Ressources Humaines d'établissement comme une contrainte à laquelle ils ne peuvent déroger. « *Il faut faire aussi les changements de grades, parce que là aussi, c'est très cadré. On a ici le grade d'infirmière de classe normale et d'infirmière de classe supérieure. Et bien, les textes sur ces grades nous disent qu'il doit y avoir 15 % sur la totalité des postes d'infirmières dans le tableau des emplois qui sont des postes de classe supérieure. Et ces 15 % il faut les rémunérer. Donc, dès que j'ai une infirmière de classe supérieure qui s'en va et qu'une infirmière de classe normale remplit les conditions, il faut que je la nomme. Je suis obligé de la nommer. Parce que, évidemment, si je voulais faire des économies, je pourrais très bien dire « je vais laisser toutes les infirmières dans la classe normale ». Et c'est vrai que j'aurais une réelle incidence sur mon budget et que, du coup, d'une année sur l'autre, mon budget ne bougerait pas. Mais, ce n'est pas la réalité.* »

L'incidence du Glissement Vieillesse Technicité sur la masse salariale est citée de façon quasi systématique par les directeurs des ressources humaines hospitaliers rencontrés. De plus, l'influence de ces augmentations individuelles fait l'objet de leur part d'un chiffrage précis. Le Glissement Vieillesse Technicité génère, dans les établissements publics de santé, une croissance de la rémunération des personnels titulaires d'environ 1 % par an.

Les augmentations collectives de traitement

La masse salariale des hôpitaux publics augmente aussi du fait des augmentations du traitement général des fonctionnaires.

Ces augmentations de salaire sont communes aux trois fonctions publiques (fonction publique d'Etat, fonction publique territoriale et fonction publique hospitalière). Ces augmentations

collectives sont négociées au niveau national entre le ministre de la fonction publique et les syndicats représentatifs des salariés. Elles aboutissent à des augmentations du traitement général des fonctionnaires dont le montant et le calendrier sont imposés aux établissements hospitaliers. « *Mais il y a des dépenses qui nous échappent : par exemple l'augmentation de 0,50 % des titulaires en décembre. [...] Notre gestion budgétaire du personnel est pifométrique : on ne constate plus qu'on ne prévoit.* »

Les augmentations collectives peuvent concerner l'ensemble de la fonction publique ou seulement certaines qualifications. Dans ce cas, l'instance décisionnaire au niveau national n'est plus le ministère de la fonction publique mais le ministère de la santé. Ainsi, les aides-soignantes ont récemment vu leur rémunération revalorisée. Les mouvements sociaux actuels des infirmières spécialisées (infirmières de bloc opératoire et infirmières anesthésistes) aboutiront probablement à des revalorisations catégorielles.

Les augmentations individuelles et collectives concourent à faire croître les dépenses de personnel des hôpitaux publics (à effectif stable). La masse salariale des établissements publics de santé est ainsi caractérisée par une inertie prononcée et pérenne (Martory, 1999). La croissance naturelle de la masse salariale des hôpitaux publics est supérieure à la variation de leur budget de fonctionnement. Autrement dit, l'évolution de leurs crédits financiers ne permet pas le renouvellement des moyens humains, la stabilité des effectifs. « *Les crédits n'augmentent pas autant que le maintien du personnel le nécessiterait. L'année prochaine, on ne pourra pas payer autant de personnes que cette année.* »

La rémunération des congés maladie

Les dispositions concernant les congés maladie, prévues par le statut de la fonction publique hospitalière, sont également un facteur de dépenses de personnel importantes. En effet, les agents en congé maladie continuent à être payés sur le budget de l'hôpital, alors qu'ils ne fournissent plus de prestation de travail. Pour les fonctionnaires hospitaliers, les taux de cotisation maladie sont un peu inférieurs à ceux du régime général de la sécurité sociale. En contrepartie, les hôpitaux prennent en charge la rémunération de leurs agents placés en congé maladie.

En période de restrictions budgétaires, ce mécanisme est contesté par les Directeurs des Ressources Humaines d'établissement. Ce dispositif gonfle artificiellement l'évaluation des effectifs des hôpitaux publics et de leurs dépenses de fonctionnement. Cela introduit un biais dans les comparaisons qui peuvent être faites entre structures d'hospitalisation publiques et privées. Les cliniques privées ne rémunèrent pas leurs salariés pendant leurs congés maladie ; ceux-ci sont indemnisés par la branche maladie de la sécurité sociale. Les hôpitaux publics continuent à payer les agents en congé maladie. De plus, ces traitements donnent lieu au versement de cotisations sociales alors que les indemnités journalières versées par la sécurité sociale en sont exonérées en grande partie⁵⁰.

Cette prise en charge des agents en congé maladie inquiète les directeurs des ressources humaines à cause de l'augmentation de l'absentéisme pour raisons de santé. En particulier, les congés de longue maladie et de maladie de longue durée progressent sensiblement⁵¹. Ces congés concernent une faible proportion de l'effectif mais ils génèrent des absences au travail de plusieurs mois (plus de six mois en moyenne dans l'un des établissements hospitaliers étudiés).

Ces congés de longue maladie nécessitent donc d'organiser un remplacement, en particulier dans les services de soins. Ces congés pénalisent doublement les moyens financiers des

⁵⁰ Sauf les contributions sociales, à savoir la Contribution Sociale Généralisée et le Remboursement de la Dette Sociale.

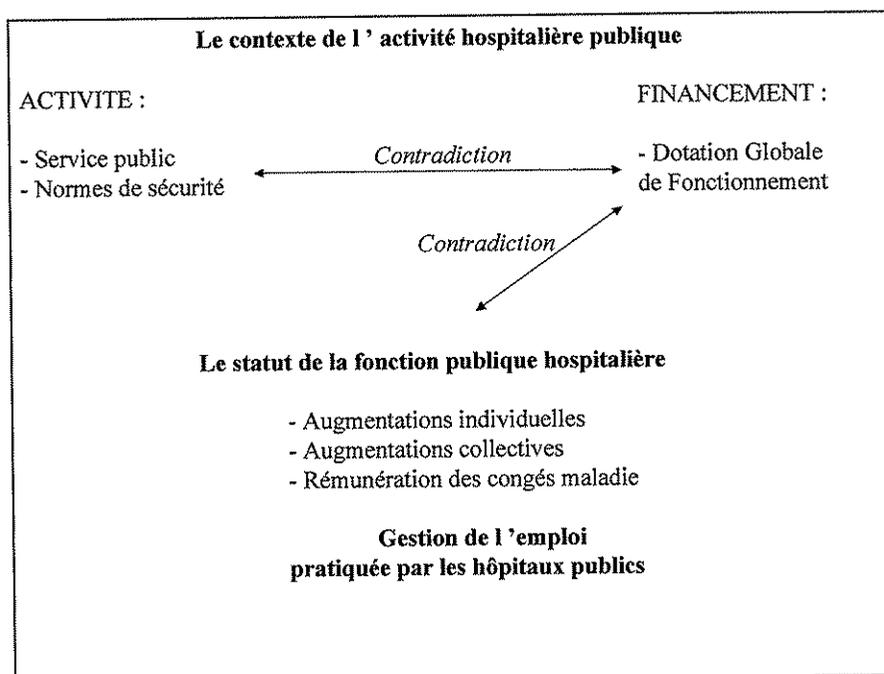
⁵¹ Dans un établissement hospitalier étudié, le nombre de journées d'absence pour congé de longue maladie et maladie de longue durée a augmenté de 50 % en deux ans, ce que représente la plus forte croissance parmi tous les motifs d'absence.

hôpitaux publics. La Dotation Globale de Fonctionnement d'un établissement finance à la fois le traitement de l'agent malade et le salaire de son remplaçant.

La gestion de l'emploi hospitalier est donc soumise à des contraintes partiellement opposées : elle doit à la fois permettre de répondre à la demande de soins, en respectant les normes de sécurité sans dépasser le budget annuel fixé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Cette gestion de l'emploi pratiquée par les établissements de santé est également fortement orientée par le statut de la fonction publique hospitalière (Caillaud, 2000). Nous avons détaillé les modalités d'augmentations salariales et de rémunération des congés maladie qui rendent ce statut onéreux. Ce statut entre donc en contradiction avec le financement des hôpitaux par une dotation globale de fonctionnement, qui progresse faiblement d'année en année (cf. Table n° 3).

Table n° 3

Une gestion de l'emploi hospitalier fortement encadrée



2. QUELLE GESTION DE L'EMPLOI HOSPITALIER PRATIQUEE AU NIVEAU LOCAL ?

Dans les hôpitaux publics, la gestion de l'emploi doit résoudre une équation qui met en relation des données ayant trait à l'activité (demande de soins, normes de sécurité) et des données financières (variation de la dotation globale de fonctionnement, croissance de la masse salariale). Quelles sont les modalités de gestion de l'emploi possibles au niveau de l'établissement, capables de satisfaire ces multiples contraintes ? Au niveau local, les choix de gestion de l'emploi hospitalier paraissent restreints. Les directions des ressources humaines des établissements publics de santé disposent de marges de manœuvre faibles, à la fois en

termes de pouvoir et de temps. Les modalités de gestion de l'emploi possibles au niveau local sont peu importantes et elles doivent s'inscrire dans un horizon temporel essentiellement annuel.

2.1 Des modalités de gestion de l'emploi d'importance marginale

Les directeurs des ressources humaines d'établissement sont pris entre deux logiques opposées. Le statut de la fonction publique hospitalière a un caractère national bien qu'il soit géré de façon décentralisée par les hôpitaux. Les gestionnaires du personnel au niveau local doivent appliquer ce statut hospitalier. Au niveau de leur établissement, ils ont une marge de manœuvre réduite : ils disposent de modalités de gestion de l'emploi à la fois peu nombreuses et d'importance marginale.

Les directeurs d'établissement ont peu de modalités de gestion de l'emploi. De plus, l'orientation de leur politique est contrainte par le contexte financier de l'hospitalisation publique. La différence entre l'augmentation de la masse salariale et la variation du budget des hôpitaux publics oriente leur gestion de l'emploi vers une politique de maîtrise des dépenses de personnel. Néanmoins, les charges afférentes au personnel titulaire répondent à des normes nationales. Le statut de la fonction publique hospitalière précise le montant des rémunérations des agents et leurs modalités d'augmentation. Cette volonté de maîtriser les dépenses de personnel concerne donc uniquement les charges de personnel accessoires, telles que les remplacements ou la formation continue.

Diminuer les charges de personnel accessoires

Le budget de remplacement

Réduire le budget de remplacement nécessite tout simplement de diminuer le nombre de ces remplacements. Les agents titulaires absents sont remplacés par du personnel contractuel ou intérimaire. Le nombre de ces mensualités de remplacement peut être restreint en réorganisant les congés annuels et en « tirant » sur les autres remplacements.

Dans un établissement hospitalier, les remplacements pendant les congés annuels ont diminué de 45 % en trois ans, grâce à la conjonction de deux réorganisations pendant la période estivale. La période des congés annuels a été prolongée. D'autre part, la moindre activité pendant l'été permet de fermer certaines unités de soins.

Les remplacements pour absences et départs font eux aussi l'objet d'une maîtrise de dépenses de personnel. Mais la diminution de ces remplacements se fait au détriment des conditions de travail des personnels qui restent. Ces remplacements sont consécutifs aux absences au travail du personnel titulaire (du fait de congés maladie, de congés maternité, de formation...) et aux départs (en disponibilité, en retraite...). Ces vacances de postes sont la source d'économies budgétaires en espaçant les dates de départ et de remplacement de un à plusieurs mois. Ce procédé permet de diminuer les dépenses de personnel de remplacement. Il se traduit néanmoins par une augmentation temporaire de la charge de travail des personnels en place, particulièrement sensible dans les services de soins.

Le budget de formation continue

Comme dans le secteur privé, les dépenses de formation continue des hôpitaux publics doivent respecter un minimum légal. Dans la limite de cette proportion imposée, le budget de formation continue peut néanmoins être réduit quand l'effort de formation était précédemment important.

Le décret n° 90-319 du 5 avril 1990 soumet les dépenses de formation continue des établissements publics de santé à un seuil obligatoire. L'ensemble des crédits dévolus à la

formation débouchant sur l'accès aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social doivent être supérieurs ou égaux à 2,1 % de la masse salariale du personnel non médical. Dans un établissement hospitalier, le budget de formation continue fait ainsi l'objet d'une politique de maîtrise des dépenses de personnel car les minimums légaux étaient largement dépassés. La dépense de formation continue oscillait en effet entre 4 et 6 % de la masse salariale non médicale. L'objectif fixé par le directeur des ressources humaines est de réduire ce budget consacré à la formation, de revenir au minimum légal. Cette orientation a permis une économie sur le budget de formation continue de plusieurs millions de francs en l'espace d'un an.

Cet axe a reçu l'accord des représentants du personnel car l'objectif de ces économies sur le budget formation est de préserver l'emploi. *« En accord avec les représentants du personnel, et pour réduire la contrainte financière sur l'emploi, les crédits consacrés à la formation ont été réduits, tout en demeurant élevés. »* (Introduction du bilan social). La contrainte financière est répercutée en premier lieu sur les dépenses de formation pour atténuer son impact sur les effectifs.

La maîtrise des charges accessoires de personnel (remplacement et formation) a pour objectif de limiter les conséquences de la contrainte financière sur les effectifs. La diminution des charges accessoires permet ainsi de restreindre le nombre d'emplois à supprimer.

Réduire les effectifs

La flexibilité du travail (Delamaire, 1999) est une dimension quasiment absente du statut de la fonction publique hospitalière. La contrainte financière pesant sur les hôpitaux publics se traduit donc essentiellement par une réduction de leurs effectifs. Le montant des économies à faire sur les dépenses de personnel est converti en nombre de postes à supprimer. *« Sur 310 millions de dépenses de personnel, l'économie à réaliser en l'an 2000 s'élève à 6,9 millions de Francs (comme en 1999). Ce montant représente 13 postes à supprimer si l'on considère l'ensemble du personnel avec les médecins, 19 postes si on ne prend pas en compte le personnel médical. »* Le sureffectif dans les hôpitaux publics apparaît comme une expression des économies nécessaires pour respecter l'enveloppe budgétaire imposée par la tutelle sanitaire. La détermination du sureffectif par les établissements publics de santé obéit donc principalement à une logique financière (Mallet, 1993) et non à une logique d'occupation de la main-d'œuvre (qui n'est guère envisageable dans le secteur de la santé, car elle induirait des besoins en personnel quasiment infinis).

Les modalités de réduction des effectifs sont restreintes par le statut de fonctionnaire hospitalier d'une grande partie du personnel. *« On est entré depuis quelques années dans une période, je dirais, plus ou moins d'improvisation ou de gestion au coup par coup, en essayant de restreindre l'emploi en quelque sorte. Alors, comme on est dans un système de fonction publique : la fonction publique hospitalière avec une protection sociale très forte, les personnes qui sont déjà fonctionnaires, on ne peut pas... On peut attendre qu'elles veulent bien s'en aller d'elles-mêmes et à ce moment-là se dire : « est-ce qu'on les remplace ou est-ce qu'on ne les remplace pas ? » »*. Le plus souvent, les réductions d'effectifs se font donc le plus souvent au rythme des cessations de fonctions des agents.

Lorsque le nombre des suppressions de postes est élevé, le non remplacement des départs peut s'avérer insuffisant. Les suppressions de postes sont alors susceptibles d'engendrer le reclassement du personnel en interne ou dans d'autres établissements publics de santé. Enfin, les réductions d'effectifs concernent avant tout le personnel technique et ouvrier. La contrainte financière peut amener au choix de l'externalisation des fonctions logistiques.

Le non remplacement des départs naturels

A chaque départ de personnel se pose la question de savoir s'il faut le remplacer ou non. Les réductions d'effectif peuvent se faire progressivement quand le remplacement est partiel. Par

exemple, pour remplacer un agent à temps plein, une personne est recrutée à mi-temps. « *Il y a quand même aussi les services de soins où on a quand même... il y a aussi une demie assistante sociale. Quand je dis une demie, je ne l'ai pas coupée en deux. Mais quand il y en a une qui est partie, je n'ai recruté qu'une assistante sociale à temps partiel.* » Quand un salarié partant n'est pas remplacé du tout, son poste est gelé. Le tableau des emplois fait alors apparaître une diminution du nombre de postes par rapport à l'année précédente.

Au delà des variations quantitatives de l'effectif, les départs de personnel peuvent également être utilisés pour modifier en douceur la structure des qualifications d'un établissement. Par exemple, dans un hôpital public étudié, les infirmières sont sous-représentées au sein des services de soins par rapport aux aides-soignantes. Les départs de personnel sont la principale modalité d'ajustement des qualifications utilisée. Par exemple, les départs à la retraite d'aides-soignantes donnent souvent lieu au recrutement d'infirmières.

Le non remplacement des départs est la modalité de réduction des effectifs la plus fréquemment utilisée par les établissements publics de santé. Cette variable d'ajustement des emplois et des compétences repose sur les départs naturels. Ce mode de gestion est basé sur la volonté des agents à partir à la retraite, en disponibilité, en congé parental... Il présente ainsi l'avantage de préserver davantage le climat social de l'établissement par rapport aux reclassements.

Les reclassements

Les reclassements internes et externes ne reposent pas uniquement sur la volonté des agents mais impliquent une obligation de mutation imposée par la direction de l'établissement. La mobilité fonctionnelle des agents peut être décidée par le directeur d'établissement. Le reclassement interne peut être la conséquence d'une réorganisation ou de la fermeture d'une activité.

Les possibilités de reclassement interne peuvent s'avérer insuffisantes quand le rythme des réductions d'effectif est rapide ou quand l'établissement est de taille réduite. Dans ce cas, les agents hospitaliers dont le poste est supprimé doivent rechercher un nouvel emploi dans un autre établissement public de santé. Les reclassements externes initiés par les directions d'établissement semblent peu nombreux. Cette modalité de gestion de l'emploi paraît être utilisée seulement en dernier recours, quand les opportunités de reclassement interne sont épuisées. Un hôpital public étudié a utilisé les reclassements externes car son effectif a diminué de plus de 15 %, du fait de la fermeture d'un service de soins. De plus, ces suppressions de postes ont été simultanées. Enfin, les opportunités de reclassement interne étaient peu nombreuses à cause du faible effectif de cet établissement.

L'externalisation des fonctions techniques

Une autre façon de réduire les effectifs est le passage à la sous-traitance des fonctions techniques ou logistiques. L'externalisation se traduit par une diminution du personnel recensé par les outils de gestion de l'emploi dont dispose l'hôpital public. Le passage à la sous-traitance correspond en effet à une externalisation juridique de ce personnel (Gazier, 1992). Le personnel mis à disposition par des entreprises extérieures n'est pas considéré comme salarié de l'hôpital public, mais comme prestataire de services commerciaux.

Outre la réduction des effectifs, cette modalité de gestion de l'emploi permet également des économies budgétaires. L'externalisation se traduit en effet par une performance accrue ou, plus explicitement, par un coût du travail inférieur. Ce développement de la sous-traitance ne concerne pas l'ensemble des activités des hôpitaux publics. Elle touche principalement les fonctions techniques et logistiques, qui ne font pas partie du cœur de métier des hôpitaux.

Un horizon temporel court

Les établissements publics de santé disposent d'une autonomie de gestion. Celle-ci se traduit en particulier par la responsabilité des hôpitaux publics vis-à-vis du respect de leur dotation globale de fonctionnement. Cette détermination des ressources financières par la tutelle sanitaire conditionne non seulement les orientations de la gestion de l'emploi hospitalier mais aussi son calendrier. La gestion de l'emploi pratiquée dans les centres hospitaliers se cale sur le rythme budgétaire, c'est-à-dire qu'elle a un horizon essentiellement annuel.

Un rythme imposé par le processus budgétaire

Dans le secteur privé, Chevalier et Dure avaient déjà noté la simultanéité des licenciements économiques et des procédures budgétaires (Chevalier et Dure, 1994). Selon nous, cet impact du processus budgétaire sur les décisions d'emploi existe également dans les hôpitaux publics.

Dans le secteur marchand, les ressources humaines sont susceptibles d'être valorisées de deux façons : en termes de résultat ou de coût. Dans les hôpitaux publics, la seule valorisation possible du personnel est son coût. En effet, en comptabilité nationale, la production non marchande des administrations publiques pose un problème d'évaluation, en l'absence de marché. Ces services non marchands sont évalués à hauteur de leur coût de production, c'est-à-dire la somme des rémunérations, consommations intermédiaires et consommation de capital fixe (Debord, 1995). Les hôpitaux font partie des administrations publiques, la valeur et le coût des soins qu'ils dispensent sont donc égaux, confondus.

Au delà de l'unité de compte utilisée (bénéfice versus dépenses de personnel), la valorisation par salarié apparaît relativement homogène entre les secteurs privé et public. Lors des plans sociaux, Chevalier et Dure observent une correspondance, stable et comparable d'une entreprise à l'autre, entre la diminution du bénéfice (ou la perte) et le nombre de postes supprimés. Ce rapport financier est d'environ 200 000 FF de résultat par emploi. Dans les hôpitaux public, un agent coûte en moyenne 200 000 FF par an. « *On a diminué l'effectif de 50 à peu près, avec un coût moyen de 200 000 Francs, ça fait 10 millions.* »

Le processus budgétaire impose un rythme annuel à la gestion de l'emploi hospitalier. La détermination du montant de la Dotation Globale de Fonctionnement est un mécanisme annuel. Le montant de cette dotation détermine les économies à réaliser sur les dépenses de personnel. La gestion de l'emploi dans les établissements hospitaliers a donc également un horizon essentiellement annuel. De plus, la variation des crédits financiers est connue le plus souvent au mois de janvier. Les réductions d'effectifs sont faites le plus tôt possible au cours de l'année civile pour maximiser le nombre de mensualités économisées. « *On a peu de temps pour réagir ce qui explique qu'on va à l'économie la plus facile. Les premiers départs à la retraite vont être évidemment ce qui va m'intéresser.* »

Un rythme rapide pour une gestion de l'emploi à court terme

Les directeurs des ressources humaines d'établissement opposent ce rythme annuel de la gestion de l'emploi au temps long nécessaire aux réorganisations internes. « *[Dans les unités de soins,] on a des possibilités de réorganisation pratiquement nulles ou en tout cas qui n'ont pas d'effet à court terme. Or, comme les diminutions budgétaires, on nous les annonce le 15 janvier à compter du premier, on ne peut pas dire : « attendez, on va réorganiser ; dans 3 ans, on va avoir un résultat ». On est un petit peu là dans une période de gestion pas très satisfaisante, puisqu'on essaie de parer au plus pressé tout en traînant sur les remplacements des départs, en traînant sur les remplacements des congés de maternité, etc.* »

Cet horizon annuel des décisions touchant aux effectifs empêche la mise en place d'une démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, qui nécessiterait une

réflexion à moyen terme. « *Etant donné que je sais au 1^{er} janvier de l'année que mon budget va être augmenté de ça, et bien, je sais au 1^{er} aussi que ça [le delta] il faut que je le trouve. Ça veut dire que je ne peux pas prévoir. Donc quand on parle de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, c'est théoriquement très séduisant, mais pratiquement, c'est pas toujours simple parce qu'on ne peut pas prévoir deux ou trois ans à l'avance par exemple, s'il faut que je supprime tel ou tel poste.* » Les politiques de gestion de l'emploi hospitalier intègrent néanmoins une dimension prévisionnelle, mais seulement de façon informelle. Cette approche prospective repose sur la représentation que se fait le responsable du personnel des qualifications nécessaires à moyen terme au fonctionnement de son établissement. « *Bon, encore une fois, actuellement les recrutements sont faits au coup par coup. Et j'essaie moi, mais c'est un peu intuitif, d'avoir une vision prévisionnelle pour, c'est un peu négatif, ne pas augmenter les effectifs.* »

CONCLUSION

Les établissements publics de santé français sont soumis de façon croissante à des contraintes relatives à leur activité, leur financement et l'administration de leur personnel. Ces multiples contraintes déterminent fortement la gestion de l'emploi hospitalier que l'on peut caractériser comme un système contraint, à la fois en termes de pouvoir et de temps. Les modalités de gestion de l'emploi disponibles au niveau local sont en effet limitées : elles concernent essentiellement les charges accessoires de personnel et les effectifs. De plus, cette gestion de l'emploi se déploie dans un horizon temporel relativement court : essentiellement l'année civile. Au niveau des établissements hospitaliers, la gestion de l'emploi se présente donc comme une adaptation au coup par coup à des contraintes externes, dans un horizon temporel essentiellement annuel, grâce à des modalités d'ajustement peu nombreuses.

Cette communication est susceptible de susciter deux types de critiques, relatives à son caractère contingent et déterministe. Nous revendiquons une approche contingente de la gestion des ressources humaines (Cadin et alii, 1997 ; Martory, 1999 ; Livian, 1998) en particulier dans le secteur public (Ferrary et Santonja, 2000 ; Defélix, 1997 ; Bartoli, 1997). Cette analyse de la gestion de l'emploi en système contraint nous semble cependant susceptible d'être étendue à d'autres types d'organisations publiques, extérieures au domaine de la santé. De façon plus large, la gestion de l'emploi pratiquée dans les hôpitaux publics illustre la tension, permanente en gestion des ressources humaines, entre centralisation et décentralisation de la prise de décision. Cette tension témoigne des besoins contradictoires d'adaptation au contexte local et de cohérence des politiques de gestion du personnel.

L'aspect déterministe de cette communication est du à son caractère partiel et incomplet. Il lui manque une suite montrant comment les hôpitaux publics peuvent disposer de ressources stratégiques (telles qu'une extension, une reconstruction, un déménagement, une fusion, une diversification ou encore une reconversion). Sur le plan des ressources humaines, ces opportunités stratégiques sont utilisées essentiellement pour desserrer et / ou différer les multiples contraintes pesant sur la gestion de l'emploi. En management stratégique, Annick Valette traduit cette ambivalence de la gestion hospitalière par le titre suivant : « La stratégie à l'hôpital : jeu de ressources, jeu de contraintes »⁵². Cette ambivalence se retrouve au niveau de la gestion des ressources humaines hospitalières, qui pourrait être résumée par la formule : « la gestion de l'emploi dans les hôpitaux publics : jeu de contraintes, jeu de ressources stratégiques ». Nous inversons à dessein l'ordre entre contraintes et ressources, pour mettre en avant les règles communes d'administration du personnel hospitalier. Ces normes de gestion

⁵² Titre d'un article écrit par Annick Valette paru dans le numéro 45 de la revue *Gérer et Comprendre*, en septembre 1996.

s'imposent à l'ensemble des hôpitaux publics français. A l'inverse, comme le montre l'échantillon étudié, certains établissements publics de santé ne bénéficient pas de ressources stratégiques significatives : leur activité médicale est homogène, peu susceptible de changer ou de se diversifier ; leurs bâtiments sont adaptés en taille et sur le plan de l'ergonomie, ils sont récents ou suffisamment bien entretenus pour ne pas nécessiter une extension, une reconstruction ou un déménagement. Ces établissements hospitaliers dépourvus de ressources stratégiques ont alors peu de marges de manœuvre pour atténuer ou modifier les contraintes qui orientent leur gestion de l'emploi.

BIBLIOGRAPHIE

- BARTOLI A., *Le management dans les organisations publiques*, Paris, Dunod, 1997.
- CADIN L., GUERIN F. et PIGEYRE F., *Gestion des ressources humaines. Pratique et éléments de théorie*, Paris, Dunod, 1997.
- CAILLAUD M., « L'administration du personnel dans les hôpitaux publics : entre droit administratif et gestion des ressources humaines », *Actes des 15^{èmes} Journées Nationales des IAE*, 2000, Bayonne-Biarritz, 29 p.
- CHANTELOUP M. et FOULON D., « La fonction publique hospitalière – situation au 31.12.1992 et évolution de 1984 à 1992 », *Solidarité Santé*, n° 1, 1995, pp. 135-143.
- CHEVALIER P. et DURE D., « Quelques effets pervers des mécanismes de gestion », *Gérer et comprendre*, septembre 1994, pp. 4-14.
- CLEMENT J.M., *Le fonctionnaire hospitalier*, Paris, Berger-Levrault, 1993.
- DEBORD J., *Comptabilité nationale*, Paris, PUF, 1995.
- DEFELIX C., « Entreprises de service public : une seule gestion des ressources humaines ? », *Revue Française de Gestion*, septembre octobre 1997, pp. 130-140.
- DELAMAIRE M.L., « L'étude des logiques de flexibilité sociale dans les entreprises européennes : étude empirique en France et en Grande-Bretagne », *Cahiers de recherche du PESOR*, juin 1999, 17 p.
- DENIS J.L. et VALETTE A., « Changement de structure de régulation et performance du mandat : examen des enjeux à travers la création des ARH », *Finance Contrôle Stratégie*, Volume 3, n° 2, juin 2000, pp. 57-79.
- FERRARY M. et SANTONJA V., « Les conséquences de la dérégulation d'un monopole sur sa politique d'investissement en capital humain », *Actes du 11^{ème} congrès de l'AGRH*, Paris, novembre 2000, 20 p.
- GAVINI C., *La Gestion de l'emploi*, Paris, Economica, 1997.
- GAZIER B., *Economie du travail et de l'emploi*, Paris, Dalloz, 1992, 2^{ème} édition.
- HENRIET B., « La gestion de l'emploi », in *Encyclopédie du Management*, 1991, pp. 641-648.
- LARZUL T., « La fonction publique », *Documents d'Etudes*, la Documentation française, n° 2-01, 1992, pp. 2-43.
- LIVIAN Y.F., « La gestion des ressources humaines est-elle un produit d'exportation ? », *Gérer et comprendre*, mars 1998, pp. 67-73.
- MALLET L., « Réductions d'effectifs et gestion des ressources humaines », *les Cahiers français*, n° 262, juillet-septembre 1993, pp. 19-23.
- MARTORY B., *Contrôle de gestion sociale*, Paris, Vuibert, 1999, 2^{ème} édition.
- VALETTE A., « La stratégie à l'hôpital : jeu de ressources, jeu de contraintes », *Gérer et comprendre*, n° 45, septembre 1996, pp. 27-37.