



Le dialogue social en établissement de santé : entre traditions et reconstruction

Mémoire réalisé dans le cadre du Master 2 Droit et politiques
de santé par Romane Walter

Dirigé par Madame la Professeure Johanne Saison

Année universitaire 2019-2020

Sommaire

Sommaire (p. 2)

Remerciements (p. 5)

Avant-propos (p. 8)

Partie 1 - Les spécificités induites par le fonctionnement des établissements de santé tendant à rompre avec les traditions syndicales françaises et à initier un dialogue social propre aux acteurs de santé (p. 9)

Titre 1 - Un enchevêtrement normatif originel et une complexité du système de santé faisant en apparence obstacle à la participation des organisations syndicales au dialogue social en santé (p. 10)

Chapitre 1 - Le particularisme avéré des relations sociales en établissement de santé affectant les rapports entre directions, encadrement, syndicats et agents ainsi que le système normatif complexe garant des droits des patients et des professionnels de santé (p. 10)

Chapitre 2 - L'insaisissabilité de la notion riche de dialogue social couplée à l'établissement des relations sociales dans un environnement formel dégradé et discuté faisant obstacle à un dialogue ouvert, équilibré et constructif (p. 21)

Titre 2 - Une souplesse importante accordée aux syndicats dans la protestation collective à travers l'aspect indiscipliné du dialogue social et la participation active aux instances gestionnaires des établissements de santé (p. 30)

Chapitre 1 - L'engagement dans une organisation syndicale s'apparentant à une infiltration dans la gestion quotidienne des établissements de santé et le dialogue

social substantiel réunissant directions, administratifs, médecins, soignants et techniciens (p. 30)

Chapitre 2 - L'indéniable implication des organisations syndicales dans la vie institutionnelle des établissements de santé et de la fonction publique hospitalière au coeur d'un dialogue social formel controversé mais stable (p. 39)

Partie 2 - Les attentes et clés quant au renouvellement du dialogue social en établissement de santé en vue de rassembler les professionnels de santé autour de la négociation et de responsabiliser l'ensemble des partis au dialogue (p. 51)

Titre 1 - Le risque de la désyndicalisation amplifié par les idées reçues accablant les organisations syndicales à l'heure des tensions entre agents, encadrement et direction (p. 52)

Chapitre 1 - Un contexte ambiant de désyndicalisation chez les agents accentué par les médias et éloigné de la modernisation réelle des missions attribuées aux organisations syndicales en établissements de santé (p. 52)

Chapitre 2 - Une tension dans les rapports hiérarchiques souvent assise sur une méconnaissance des missions de chacun et de fausses idées pouvant être dépassées par un objectif commun : l'intérêt des patients et de l'établissement de santé employeur (p. 59)

Titre 2 - La modernisation nécessaire du dialogue social par l'avènement de la négociation dans les rapports sociaux en adéquation avec la nouvelle gouvernance hospitalière et les nouveaux enjeux de santé publique (p. 66)

Chapitre 1 - Le déploiement de la négociation d'accords locaux comme solution à l'installation d'une nouvelle gouvernance hospitalière influant nécessairement le dialogue social (p. 66)

Chapitre 2 - Le dialogue social au coeur de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la gestion des établissements de santé face à de nouveaux enjeux de santé publique (p. 74)

Table des matières (p. 86)

Bibliographie (p. 94)

Remerciements

L'écriture de ce mémoire a été troublée par la crise sanitaire du coronavirus et d'autres événements plus personnels. Je souhaite ainsi remercier à travers ces quelques lignes les personnes qui ont su me soutenir et m'aider lors de ces deux dernières années à persister et produire ce mémoire.

Tout d'abord, je tenais à remercier ma directrice de mémoire, Madame la Professeure Johanne Saison, qui a su accompagner au mieux la promotion durant ces deux années de master tout en développant notre attrait pour le milieu de la santé et en laissant aux étudiants une liberté dans l'apprentissage essentielle à leur réussite.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique du Master Droit de la santé de l'Université de Lille pour leur engagement, leur disponibilité et leur professionnalisme.

Mes prochains remerciements vont au Centre hospitalier universitaire de Tours, qui m'accueille depuis 2019 dans le cadre de stages ou d'emplois et m'a offert des opportunités de rencontres très enrichissantes.

Des remerciements particuliers vont à Madame Céline Oudry, attachée d'administration hospitalière, ainsi qu'à Adrien et Marie, dont j'ai partagé le bureau lors de l'été 2019 pour mon stage au sein du Département des relations sociales et des conditions de travail de la Direction des ressources humaines, stage qui m'a inspiré ce thème.

Je remercie également toute l'équipe de la Direction des ressources qui a su m'accueillir dans de parfaites conditions et m'intégrer à l'équipe, Monsieur Samuel Rouget, Directeur des ressources humaines, Madame Marion Renaut, Directrice adjointe des ressources humaines, Céline, Julie, Emilie, Morgane, Marie-Neige et tant d'autres.

Je tiens aussi à remercier mes proches.

Tout d'abord, je remercie ma mère et ma soeur pour leur soutien constant malgré les difficultés rencontrées.

Ensuite, je remercie infiniment mon compagnon pour son écoute, sa joie de vivre, ses encouragements et son aide infaillible.

Enfin, je tenais à remercier mes camarades de promotion et amis, notamment Chloé, Céline et Camille, sans qui ces années lilloises n'auraient pas été aussi mémorables.

Avant-propos

L'intérêt du sujet du dialogue social tient en son aspect pluridisciplinaire : entre droit, histoire, sociologie... C'est dans cette optique que j'ai choisi ce thème afin de ne pas me cantonner à la matière juridique qui s'avère parfois volontairement insuffisamment développée afin de laisser à la pratique le soin de s'en accommoder. C'est en grande partie le cas pour ce qui est du dialogue social à l'hôpital, sujet source de nombreux débats et pistes de réflexion.

L'affront entre directions, encadrement et syndicats, agents est parfois virulent, ce qui m'a conforté dans mon choix et ma volonté de me détacher de la rigueur, la formalité et la conformité juridiques pour être davantage dans un esprit pratique et répondre à l'interrogation suivante : **Quelles orientations organisations syndicales et directions d'établissements de santé doivent-elles suivre afin de construire le dialogue social de demain tout en respectant leurs intérêts respectifs et les obligations leur incombant en termes de prise en charge des patients ?**

Ce conflit de normes et d'intérêts est plus que quotidien dans les services et directions hospitalières. C'est un sujet d'actualité qui mérite d'être étudié dans son ensemble et pourrait faire l'objet d'une étude plus approfondie qu'un mémoire. Ce travail n'a pas la prétention d'être complet ou de servir d'exemple en la matière, mais simplement d'offrir matière à réflexion sur le thème du dialogue social en établissements de santé. Cette étude est par ailleurs fortement influencée par la perception du système de santé que j'ai pu avoir lors de diverses expériences professionnelles.

Ainsi, pour des raisons pragmatiques, des raccourcis et abus de langage, parfois même effectués par le législateur lui-même avec le service public hospitalier et non de santé, pourraient choquer les lecteurs les plus pointilleux, comme l'emploi du terme d'hôpital pour évoquer des situations qui s'appliquent également aux autres établissements sanitaires et médico-sociaux. Les lecteurs de ce mémoire étant intéressés par le sujet sauront faire la différence entre l'hôpital et le système de santé dans sa globalité.

Puisse la lecture vous être agréable.

Partie 1 - Les spécificités induites par le fonctionnement des établissements de santé tendant à rompre avec les traditions syndicales françaises et à initier un dialogue social propre aux acteurs de santé

Avant d'initier des orientations au dialogue social hospitalier de demain (Partie 2), il convient de relever ses principales caractéristiques purement liées à son environnement : l'établissement de santé.

L'inscription de relations de travail au coeur d'un système aussi complexe et subtil que celui de la santé implique depuis toujours de nombreux enjeux relevant du droit de la fonction publique pour les fonctionnaires, du droit du travail pour les contractuels, du droit hospitalier pour les patients et les agents (cette liste n'étant pas exhaustive), et cela sans quitter l'échelle nationale. Cet imbroglio normatif, pourtant fondamental du point de vue des droits et libertés des usagers comme des agents hospitaliers, n'est pas sans poser problème aux acteurs de santé et notamment aux organisations syndicales. Afin de défendre au mieux les intérêts des agents qu'elles représentent, ces dernières doivent être expertes de la mise en pratique de ces normes, ce qui a tendance à freiner leurs actions (Titre 1). Leur action est rendue possible par l'indéfinition de la notion de dialogue social ainsi que son aspect institutionnel (Titre 2).

Titre 1 - Un enchevêtrement normatif originel et une complexité du système de santé faisant en apparence obstacle à la participation des organisations syndicales au dialogue social en santé

Alors que le dialogue social apparaît comme essentiel en entreprise comme dans les administrations, un enchevêtrement normatif et un particularisme relationnel semblent faire obstacle aux rapports entre directions, encadrements, syndicats et agents (Chapitre 1). L'insaisissabilité de la notion de dialogue social ainsi que son environnement ne semblent pas aider ces rapports non plus (Chapitre 2).

Chapitre 1 - Le particularisme avéré des relations sociales en établissement de santé affectant les rapports entre directions, encadrement, syndicats et agents ainsi que le système normatif complexe garant des droits des patients et des professionnels de santé

Section 1 - L'avènement de droits syndicaux déclinaisons de libertés fondamentales au service de l'expression des agents hospitaliers dans le dialogue social confrontés aux principes fondamentaux encadrant le service public hospitalier protégeant patients et institutions

§ 1 - L'essor historique et incontesté de droits syndicaux fondamentaux destinés à l'ensemble des travailleurs

Les premiers pas en faveur de la reconnaissance effective de droits syndicaux pour les travailleurs datent de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle. A compter de cette période,

s'observe en France une accélération de l'intervention législative en ce sens. Sous l'influence de mouvements sociaux et de relations collectives de travail conflictuelles se multipliant, l'Etat social légifère progressivement des normes sociales en vue de reconnaître des droits et libertés aux travailleurs, rompant totalement avec la vision libérale de l'Etat. Un droit spécifique aux relations de travail prend forme, se détachant du droit commun, de la conception individualiste de la relation des professionnels au travail¹.

Les raisons de ce revirement tiennent en les arguments suivants. Tout d'abord, le contexte de la Révolution industrielle et de l'industrialisation de masse bouleverse les méthodes de production et organisations du travail (Taylorisme et Fordisme notamment) et révèle l'insuffisance du droit commun pour régir les rapports de travail² ainsi que son inadéquation avec le développement du capitalisme³. De grands complexes industriels apparaissent et les conditions de travail sont tellement changées que le nombre d'accidents de travail croît de façon exponentielle. Ensuite, le déséquilibre créé juridiquement entre salariés et patrons tend à la protection juridique de la partie *a priori* la plus faible au contrat de travail⁴.

Pour ce qui est de la liberté syndicale, avant le XIXème siècle, la loi Le Chapelier⁵ et le décret d'Allarde⁶ interdisent fermement la forme d'organisation la plus proche des organisations syndicales actuelles : les corporations.

La liberté syndicale à proprement parler n'est reconnue, pour l'ensemble des professionnels, qu'à travers la loi quatre vingt treize ans après la loi Le Chapelier⁷, grâce à la loi autorisant la création des syndicats professionnels. L'analyse littérale du texte de loi permettant d'en tirer les critères de définition d'un syndicat ou d'une association professionnelle révèle une définition organique des personnes susceptibles de constituer ces groupements. La définition matérielle de la liberté syndicale ne sera définie qu'en 1946⁸ par le pouvoir constituant. Elle

¹ DIRRINGER Josépha (MCF en droit), *Droit social : relations collectives, Leçon 1 Histoire et caractéristiques du système des relations collectives de travail*, Université Numérique Juridique Francophone

² SCALLE George (juriste et professeur de droit), *Le droit ouvrier : tableau de la législation française actuelle*, éd. A. Colin, 1922

³ DIRRINGER Josépha (MCF en droit), *Droit social : relations collectives, Leçon 1 Histoire et caractéristiques du système des relations collectives de travail*, Université Numérique Juridique Francophone

⁴ SUPLOT Alain (professeur de droit), *Critique du droit du travail*, éd. PUF, 1994

⁵ Décret du 14 juin 1791 relatif aux assemblées d'ouvriers et artisans de même état et profession, dit loi Le Chapelier, article 1er

⁶ Décret d'Allarde du 2 et 17 mars 1791

⁷ Loi du 21 mars 1884 relative aux syndicats professionnels, dite Waldeck-Rousseau, article 2

⁸ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 6

correspond au droit de créer un syndicat, le droit d'y adhérer (ou non⁹) et le droit d'y exercer des mandats. Sa définition a été complétée en 1983¹⁰. Cependant, les fonctionnaires obtiendront le droit de se syndiquer en 1946 quelques jours avant le reste des travailleurs¹¹. Ce droit leur est toujours attribué par le législateur¹² et le juge¹³. La loi sanctionne toute entrave à la liberté syndicale¹⁴.

Au niveau international, la liberté syndicale est reconnue comme l'une des libertés essentielles des travailleurs par l'Organisation internationale du travail¹⁵ qui protège aussi le droit syndical. L'Union européenne reconnaît aussi cette liberté¹⁶, au titre de la liberté de réunion et d'association. La liberté syndicale s'exprime également à travers son corollaire : l'interdiction de toute discrimination en raison de l'appartenance syndicale¹⁷.

Quant à la grève, également interdite par la loi Le Chapelier, le délit de coalition, qui correspond à une action concertée, fut seulement supprimé par une loi de 1864¹⁸, et demeura pour les fonctionnaires jusqu'à la Constitution de la IV^{ème} République française¹⁹ et une célèbre jurisprudence du juge administratif²⁰. En vertu de cette décision, le droit de grève est accordé de principe aux fonctionnaires. En l'absence de loi, norme apte à priver certains professionnels du droit de grève, seul le bon fonctionnement du service public peut limiter l'exercice de ce droit. Le droit de grève est érigé au rang de principe de valeur

⁹ Cour européenne des droits de l'Homme, 30 juin 1993, Sigurdur A. Sigurjonsson c. Islande, arrêt n°16130/90

¹⁰ Conseil constitutionnel, 19 et 20 juillet 1983, Loi relative à la démocratisation du secteur public, décision n°83-162 DC

¹¹ Loi n°46-2294 du 19 octobre 1946 relative au statut général des fonctionnaires

¹² Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dite loi Le Pors, articles 8 et s., Code du travail, articles L. 412-2 et L. 1132-1

¹³ Conseil d'Etat, Section, 1^{er} décembre 1972, Demoiselle Obrego, décision n°80195, publiée au recueil Lebon

¹⁴ Code du travail, article L. 2146-1

¹⁵ Organisation internationale du travail, Convention n°87 sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical, San Francisco, 9 juillet 1948, 4 juillet 1950, article 2

¹⁶ Conseil de l'Europe, Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales amendée, Rome, 4 novembre 1950, 3 septembre 1953, article 11

¹⁷ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, loi dite Le Pors, article 6, Code du travail, articles L. 412-2 et L. 1132-1

Conseil d'Etat, 28 septembre 1988, Merlenghi, décision n°43958, publiée au recueil Lebon

¹⁸ Loi du 25 mai 1864 dite loi Ollivier abrogeant les articles 414, 415 et 416 du Code pénal : suppression du délit de coalition

¹⁹ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 7

²⁰ Conseil d'Etat, Assemblée, 7 juillet 1950, Dehaene, décision n°01645, publiée au recueil Lebon

constitutionnelle²¹ et de liberté fondamentale²² par les juges. Plus spécifiquement, le droit de grève est accordé aux fonctionnaires à titre législatif²³ et réglementaire²⁴.

Un droit de négociation et d'actions collectives est toutefois prôné par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne²⁵. En revanche, l'Organisation internationale du travail ne reconnaît pas explicitement le droit de grève.

En établissement de santé, la liberté syndicale et le droit de grève sont reconnus à tout agent, les agents étant des professionnels jouissant des droits et libertés offerts à tout travailleur et à tout fonctionnaire, dans un souci d'égalité. Ces droits et libertés font l'objet d'une protection juridique constitutionnelle, conventionnelle, législative et jurisprudentielle. Pour autant, le droit entourant la fonction publique hospitalière entend également faire respecter certains principes.

§ 2 - La conciliation complexe mais essentielle entre droits syndicaux et obligations du service public hospitalier

Comme expliqué au précédent paragraphe, l'exercice de la liberté syndicale et du droit de grève est conventionnellement, constitutionnellement et législativement garanti aux fonctionnaires hospitaliers. Pour autant, l'exercice de ces droits et libertés fondamentaux nécessite une conciliation avec les missions spécifiques confiées aux agents du service public hospitalier tel que défini dans le Code de la santé publique²⁶ en janvier 2016²⁷. Parmi ces principes entrant en conflit avec l'expression syndicale : la continuité du service public et des soins, le bon fonctionnement et les nécessités du service, la garantie de la permanence d'un accueil et d'une prise en charge de qualité pour les patients. Il n'est pas question que les

²¹ Conseil constitutionnel, 25 juillet 1979, Loi modifiant les dispositions de la loi n° 74-696 du 7 août 1974 relatives à la continuité du service public de la radio et de la télévision en cas de cessation concertée du travail, décision n°79-105 DC

²² Conseil d'Etat, 9 décembre 2003, Mme Céline X, décision n°262186, publiée au recueil Lebon

²³ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dite loi Le Pors, article 10, Code du travail, articles L. 521-2 à L. 521-6, L. 1132-2 et L. 2512-1 et 2

²⁴ Circulaire n°82-7 du 10 mars 1982 relative à l'exercice du droit de grève dans les établissements sociaux du secteur public

²⁵ Conseil européen de Nice, Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 7 décembre 2000, 12 décembre 2007, article 28

²⁶ Code de la santé publique, article L. 6112-1

²⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

agents ne bénéficient d'aucune garantie mais qu'une adaptation soit prévue entre obligations du service public hospitalier et droits et libertés des agents.

L'ensemble des principes évoqués ci-dessus se recoupent. Ils ont été affinés par la loi et la jurisprudence au fil du temps. Ainsi, les facilités accordées aux syndicats pour exercer leur liberté syndicale (mises à disposition, crédits d'heures syndicales correspondant soit à des décharges d'activité de service, soit à des autorisations spéciales d'absence pour participation à des congrès, instances ou réunions²⁸) sont accordées sous réserve des nécessités de service. De même, *“si la désignation d'un agent est incompatible avec la bonne marche du service, l'autorité administrative, après avis de la commission administrative paritaire, invite l'organisation syndicale à porter son choix sur un autre agent”*²⁹. La décision de refus émise par l'autorité administrative est toujours motivée³⁰.

Au niveau de l'exercice du droit de grève, les agents hospitaliers étant tenus de missions de service public, ils sont tenus d'accueillir les patients de jour comme de nuit, en urgence ou de les orienter vers une autre structure, d'où l'aménagement du droit de grève en vue d'assurer la continuité des soins³¹. A ce titre, l'organisation du service minimum³², l'assignation³³, la réquisition³⁴, sont autant d'entraves à l'exercice du droit de grève permettant toutefois de garantir la continuité du service public³⁵.

A cela s'ajoute une exigence en termes de qualité et sécurité de la prise en charge exprimée par le législateur³⁶. Pour la Haute autorité de santé, la qualité correspond aux points clés

²⁸ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 45, 96 et 98,

Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 13, 15, 19 à 28 et 29-1

²⁹ Décret n°85-397 du 3 avril 1985 relatif à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique territoriale, article 18

³⁰ DERENNE Odile et LAMY Yves (directeurs d'hôpitaux et professeurs en gestion des ressources humaines à l'EHESP), *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitaliers*, Presses de l'EHESP, 10ème édition, 2010, p. 185 à 193

³¹ SAISON Johanne (Juriste et Professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, éd. Gualino, 4ème éd., juin 2019, p. 320 à 323

³² Conseil d'Etat, 7 janvier 1976, Centre hospitalier régional d'Orléans, décision n°92162

Cour administrative d'appel de Paris, 6 février 1997, Centre hospitalier du Lamentin, arrêt n°95PA00570

³³ Conseil d'Etat, 9 juillet 1965, Pouzenc, n°58778

³⁴ Code général des collectivités territoriales, article L. 2215-1

³⁵ Conseil constitutionnel, 25 juillet 1979, Loi modifiant les dispositions de la loi n°74-696 du 7 août 1974 relatives à la continuité du service public de la radio et de la télévision en cas de cessation concertée du travail, décision n°79-105 DC

³⁶ Code de la santé publique, articles L. 6112-1 et s.

d'une prise en charge, fondés sur des recommandations, pour lesquels une amélioration de la qualité est possible³⁷. Ils se retrouvent dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens³⁸ signés entre établissements sanitaires et agences régionales de santé, ou encore dans les certifications³⁹ et accréditations⁴⁰ de l'établissement de santé.

Par ailleurs, d'autres limites entravent l'agent syndiqué. Bien qu'il soit protégé dans sa carrière en termes d'interdiction de toute discrimination⁴¹ qui pourrait être fondée sur ses opinions syndicales, tant que ces opinions exprimées ne contreviennent pas aux dispositions en vigueur et n'excèdent pas l'exercice de ses droits syndicaux, l'agent hospitalier doit respecter son devoir de réserve⁴² et observer une certaine retenue dans l'extériorisation de ses opinions. Il doit également agir conformément à son devoir de neutralité⁴³ et à son obligation de discrétion professionnelle⁴⁴ étendu à tous les faits, informations ou documents dont il a ou a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. Il ne peut en être délié que par autorisation expresse de l'autorité dont il dépend.

Une confrontation de principes dont les valeurs sont différentes mais qui s'articulent grâce à la limite posée par le pouvoir constituant lui-même : *“Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent”*⁴⁵.

Section 2 - La démocratisation suivie de la banalisation des mouvements sociaux des professionnels de santé ayant pour effet une impression de ralentissement des acquis sociaux, d'un perpétuel mécontentement hospitalier et d'une crise stagnante du système de santé

³⁷ Haute autorité de santé, Elaborer et mettre en oeuvre des critères de qualité, juillet 2013
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/critere_de_qualite_format2clics.pdf

³⁸ Code de la santé publique, articles L. 6114-1 et s.

³⁹ Code de la santé publique, articles R. 6113-12 et s.

⁴⁰ Code de la santé publique, articles R. 6113-1 et s.

⁴¹ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, loi dite Le Pors, article 6, Code du travail, articles L. 412-2 et L. 1132-1, Conseil d'Etat, 28 septembre 1988, Merlenghi, décision n°43958, publiée au recueil Lebon

⁴² Conseil d'Etat, 28 juillet 1993, Préfet du territoire de Belfort, décision n°97189, publiée au recueil Lebon

⁴³ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, loi dite Le Pors, article 25

⁴⁴ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, loi dite Le Pors, article 26

⁴⁵ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 7

§ 1 - La rupture avec l'ethos contestataire ouvrier⁴⁶ annonce d'une spécialisation⁴⁷ presque trop démocratisée des mouvements sociaux hospitaliers

Au XIXème siècle, après la Révolution française, au niveau national, les ouvriers sont les premiers à manifester de façon marquante leur mécontentement quant à leurs conditions de travail et rémunérations, notamment à travers des mouvements sociaux parfois réprimés par l'armée tels que la grève des Canuts de Lyon de 1831 et 1834 et celle de l'entreprise minière du Creusot (Schneider) de 1899⁴⁸. Parmi ces grévistes, mineurs, sidérurgistes, métallurgistes, cheminots, ou encore étudiants, car les fonctionnaires sont exclus de l'exercice du droit de grève jusqu'en 1946⁴⁹.

Hormis dans les grèves générales telles que celle de mai 1968, il n'est pas question de soignants, ni de personnel hospitalier. Le personnel médical est assez éloigné de l'ethos syndical et de la culture ouvrière ; il manifeste rarement⁵⁰. En effet, il faut attendre la deuxième moitié du XXème siècle pour observer des grèves de soignants et le début du XXIème siècle pour qu'elles se démocratisent (2009, 2013, 2016, 2017, 2018...) au point de devenir presque "banales" avant la crise sanitaire due à la Covid-19. Voir un établissement de santé en grève annoncé dans les médias est devenu courant. Concrètement, l'organisation du travail ne permet pas toujours aux agents grévistes de manifester donc des grèves symboliques se multiplient, d'une durée courte et déterminée, en accord avec l'encadrement. Un exemple de grève nationale massive pour l'hôpital public : celle de l'été puis l'automne 2019 concernant le plan d'urgence tiré de Ma Santé 2022 de l'ex-Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn.

Il est donc possible de résumer l'évolution des mouvements sociaux hospitaliers ainsi : rareté et association aux manifestations générales, démocratisation et spécialisation puis banalisation et institutionnalisation⁵¹. De l'interdiction de manifester pour les personnels

⁴⁶ CRISTOFALO Paula (sociologue et MCF à l'EHESP), *Dialogue social : enjeux et perspectives*, intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, avril 2019

⁴⁷ LAFARGUE Jérôme (sociologue et MCF), *La protestation collective*, col. Sciences sociales 128, n°184, éd. Nathan, 1998, p. 89 à 114

⁴⁸ DIRRINGER Josépha (juriste et MCF en droit privé), *Droit social : relations collectives, Leçon 1 Histoire et caractéristiques du système des relations collectives de travail*, Université Numérique Juridique Francophone

⁴⁹ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 7

⁵⁰ CRISTOFALO Paula (sociologue et MCF à l'EHESP), *Dialogue social : enjeux et perspectives*, intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, avril 2019

⁵¹ LAFARGUE Jérôme (sociologue et MCF), *La protestation collective*, col. Sciences sociales 128, n°184, éd. Nathan, 1998, p. 89 à 114

hospitaliers, à la régularité presque trop récurrente de leur protestation, de sorte que les établissements ont dû intervenir pour garantir l'équilibre entre exercice du droit de grève et continuité du service.

Comment expliquer ce faible attrait des soignants pour le syndicalisme ? De nombreux facteurs sociologiques tendent à expliquer cette perte d'intérêt. D'abord, le personnel médical et paramédical se caractérise par son absence de culture militante, contrairement aux ouvriers, et un certain apolitisme, de sorte que le taux de syndicalisation dans la fonction publique hospitalière, bien que celui de la fonction publique double celui des secteurs marchand et associatif, est de 16,9% pour 2013 contre 20% dans la fonction publique globale et 11% pour le secteur privé⁵². Dans le même sens, le personnel paramédical a un fort taux d'abstention lors des élections professionnelles, représenté par un faible taux de participation aux élections professionnelles de 2018 s'élevant à 42,2% selon la Direction générale de l'offre de soins⁵³.

Ensuite, l'investissement personnel des soignants dans leur travail, en termes de charge émotionnelle (dépendance aux urgences, patients⁵⁴, collègues), de temps et d'horaires organisés de manière à s'adapter à la prise en charge (rythme effréné, nuit, week-ends, astreintes), d'amélioration des pratiques et du bien-être au travail au sein du service, de conditions de travail difficiles, est si considérable que pour certains agents, s'engager auprès des organisations syndicales représente une charge de travail supplémentaire, s'ajoutant, notamment pour les femmes, à la charge personnelle liée au foyer (enfants, tâches ménagères...), ce qui ne favorise pas l'engagement syndical. Ce cumul tend à rapprocher l'adhésion à un syndicat d'une surcharge de travail supplémentaire⁵⁵.

A cela s'ajoute la crainte d'être discriminée du fait de son appartenance syndicale ou de son adhésion aux idées défendues par les syndicats. Cette crainte n'est juridiquement pas fondée

⁵² Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, *La syndicalisation en France : Des salariés deux fois plus syndiqués dans la fonction publique*, DARES Analyses, n°025, mai 2016

⁵³ Direction générale de l'offre de soins, *Les élections professionnelles 2018 dans la fonction publique hospitalière*, 18 janvier 2019

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/fonction-publique-e-hospitaliere-607/les-dossiers/article/les-elections-professionnelles-2018>

⁵⁴ DELIEUTRAZ Séverine (infirmière), *Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé*, Cliniques, 2012/2 n°4, p. 146 à 162

⁵⁵ SAINSAULIEU Ivan (sociologue et professeur), *La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ?*, Revue française de sociologie, 2012/3 vol. 53, p. 461 à 492

dès lors que la discrimination fondée sur l'appartenance syndicale est interdite⁵⁶. Pour autant, en pratique, certains agents n'ont pas nécessairement connaissance de cette protection, d'où la persistance de cette appréhension qui peut freiner l'exercice de la liberté syndicale.

La logique de corps n'aide pas non plus à inciter à rejoindre l'action syndicale, tout comme le fait que le personnel soit titulaire, stagiaire, intérimaire ou contractuel. Selon la profession de chacun, les revendications peuvent être différentes, comme entre secrétaires médicales et aides soignants. De même, au sein d'un seul corps de fonctionnaires existent des inégalités induites par le système de la fonction publique lui-même (spécialisation, ancienneté...). A titre d'exemple, les infirmiers peuvent être infirmiers diplômés d'Etat (IDE), infirmiers de bloc opératoire (IBODE), infirmiers anesthésistes (IADE) ou infirmiers puériculteurs (IPDE) et bientôt les infirmiers en pratique avancée (IPA). De fait, il est parfois complexe d'unifier les agents d'un même service ou hôpital en grève autour d'une mobilisation collective.

Ce qui ressort d'avantage de l'étude globale sociologique des revendications des soignants est l'aspect individualiste, personnel, de sorte qu'il s'agirait d'évoquer un mouvement consensuel par opposition à une mobilisation collective contestataire de lutte⁵⁷. Pourtant, les organisations syndicales disposent de plusieurs moyens de pression, comme l'absentéisme dysfonctionnel, la grève, la participation aux instances des établissements de santé... Il s'agit d'un jeu de pouvoirs et de contre pouvoirs qui lie direction, encadrement, agents et syndicats. Concernant les agents syndiqués, ils bénéficient de temps dédié à l'exercice de leurs missions, dans le cadre de mandats, de mises à disposition, de crédits d'heures syndicales correspondant soit à des décharges d'activité de service, soit à des autorisations spéciales d'absence⁵⁸ ou de congés pour formation syndicale⁵⁹. Ces temps constituent du temps de travail au même titre que leur temps de travail au sein de leur service

⁵⁶ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, loi dite Le Pors, article 6, Code du travail, articles L. 412-2 et L. 1132-1,

Conseil d'Etat, 28 septembre 1988, Merlenghi, décision n°43958, publiée au recueil Lebon

⁵⁷ SAINSAULIEU Ivan (sociologue et professeur des universités), *La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ?*, Revue française de sociologie, 2012/3 vol. 53, p. 461 à 492

⁵⁸ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 45, 96 et 98,

Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 13, 15, 19 à 28 et 29-1

⁵⁹ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 41

de rattachement. Du côté de l'encadrement et de la direction, l'obligation de dépôt d'un préavis de grève et l'organisation de négociations collectives⁶⁰, l'organisation du service minimum⁶¹, l'assignation⁶², la réquisition⁶³, les travailleurs temporaires⁶⁴, sont autant de solutions permettant de garantir la continuité du service public⁶⁵.

§ 2 - L'insatisfaction récurrente des agents hospitaliers à l'origine d'un climat de tensions au sein des établissements de santé

Le contexte de crise sanitaire actuel a marqué une pause dans le dialogue social en établissement de santé avant de reprendre avec la question de la prime exceptionnelle accordée aux agents hospitaliers et les heures supplémentaires majorées⁶⁶. Cette mesure censée remercier les soignants mobilisés au plus fort de la crise a en réalité été le théâtre d'inégalités et de jalousies au sein même des services dès lors que les directeurs étaient libres d'attribuer cette prime à certains agents plutôt qu'à d'autres, sans que les textes réglementaires ne fixent de critères d'attribution. Un lourd poids a été posé sur les épaules des directeurs, parfois déjà peu populaires auprès de leur personnel et dans une ambiance déjà tendue avant la Covid-19.

De plus, l'impression partagée chez les soignants est celle d'un manque de reconnaissance et de considération dans leur travail, d'où la volonté de revaloriser les salaires, mais aussi le sentiment de ne pas être entendus. Ces demandes n'ont pas reçu de réponse satisfaisante pour

⁶⁰ Code du travail, article L. 2512-2

⁶¹ Conseil d'Etat, 7 janvier 1976, Centre hospitalier régional d'Orléans, décision n°92162
Cour administrative d'appel de Paris, 6 février 1997, Centre hospitalier du Lamentin, arrêt n°95PA00570

⁶² Conseil d'Etat, 9 juillet 1965, Pouzenc, n°58778

⁶³ Code général des collectivités territoriales, article L. 2215-1

⁶⁴ Conseil d'Etat, Assemblée, 18 janvier 1980, Syndicats CFDT des postes et télécommunications du Haut-Rhin, décision n°07636

⁶⁵ Conseil constitutionnel, 25 juillet 1979, Loi modifiant les dispositions de la loi n°74-696 du 7 août 1974 relatives à la continuité du service public de la radio et de la télévision en cas de cessation concertée du travail, décision n°79-105 DC

⁶⁶ Décret n°2020-568 du 14 mai 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle aux agents des établissements publics de santé et à certains agents civils et militaires du ministère des armées et de l'Institution nationale des invalides dans le cadre de l'épidémie de covid-19,
Décret n°2020-718 du 11 juin 2020 portant indemnisation et majoration exceptionnelle des heures supplémentaires réalisées dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, au sein d'un hôpital d'instruction des armées et au sein de l'Institution nationale des invalides,
Arrêté du 8 juin 2020 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation du temps de travail additionnel et des gardes pour les personnels médicaux exerçant en établissements publics de santé et à la majoration exceptionnelle de l'indemnité de garde hospitalière des praticiens des armées

l'instant, ce qui fait dire à certains d'entre eux : *"On n'a absolument rien obtenu, par rapport aux besoins de l'hôpital public"*⁶⁷. Ce décalage entre la bonne volonté affichée du gouvernement à travers le Ségur de la santé⁶⁸ et la pratique n'est pas nouveau, de même que la différence entre les politiques des organisations syndicales, tantôt dans une position stricte de refus de coopérer, tantôt plus ouvertes aux compromis. Alors que le Ségur a rassemblé en juillet 2020 trois syndicats, à savoir FO, CFDT et UNSA, soulignant *"une certaine reconnaissance au personnel"* après *"dix ans de blocage du point d'indice"*⁶⁹, la CGT et SUD-Santé dénoncent le mépris de leurs demandes et revendications et qualifient le Ségur *"(d')imposture"*.

C'est là toute la subtilité du dialogue social avec les soignants en établissement de santé. Une part des règles à fixer échappe aux directions d'établissements de santé, notamment le traitement de base⁷⁰ qui est fixé par des grilles indiciaires fixées au niveau réglementaire (décrets et arrêtés), de même que la valeur du point indiciaire, et correspond à la rémunération brute mensuelle de l'agent. Or la revalorisation des traitements fait assez régulièrement partie des revendications des grévistes, mais le supérieur hiérarchique des agents hospitaliers grévistes et la direction n'ont pas d'emprise sur ce point. Ils sont l'intermédiaire entre terrain et autorités, sans toujours pouvoir répondre aux attentes des fonctionnaires mécontents, ce qui contribue à la stagnation des tensions et à l'impression de ralentissement des acquis sociaux, ou du moins à celle du décalage avec le coût de la vie réel moyen. La complexité du système de rémunération n'aide pas non plus à apaiser les colères des soignants.

A ce besoin de revalorisation et ces inégalités s'ajoutent la dénonciation du financement à l'acte (tarification à l'activité), les relations sociales complexes avec l'encadrement de proximité, l'accumulation de grèves sans suite, l'organisation d'instances extraordinaires (exemple du CHSCT extraordinaire), de sorte qu'il semble pratiquement

⁶⁷ Docteur CROZIER MORTREUX Sophie (neurologue à l'APHP et membre du collectif Inter-hôpitaux), *in. "On n'a absolument rien obtenu" : les personnels hospitaliers ont le sentiment de ne pas avoir été entendus*, LE HEN Solenne (journaliste), *Franceinfo*, 17 décembre 2019

⁶⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, *Dossier de presse : Les conclusions du Ségur de la santé*, juillet 2020

⁶⁹ KALB Françoise (secrétaire nationale de l'UNSA), *in. Ségur de la santé : accord majoritaire des syndicats sur les salaires des personnels hospitaliers hors médecins*, *Le Monde avec AFP*, 10 juillet 2020

⁷⁰ DERENNE Odile et LAMY Yves (directeurs d'hôpitaux et professeurs en gestion des ressources humaines à l'EHESP), *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitaliers*, Presses de l'EHESP, 10ème édition, 2010, p. 105 à 114

impossible de parvenir à un dialogue productif de normes et que les mouvements sociaux hospitaliers perdent de leur légitimité aux yeux de l'opinion public.

Chapitre 2 - L'insaisissabilité de la notion riche de dialogue social couplée à l'établissement des relations sociales dans un environnement formel dégradé et discuté faisant obstacle à un dialogue ouvert, équilibré et constructif

Section 1 - Les multiples visages du dialogue social et son appropriation par les acteurs du système de santé et les organisations syndicales source de liberté et d'innovation⁷¹

§ 1 - L'impossible définition du dialogue social source inépuisable de manifestation en établissement de santé

Les relations sociales correspondent à l'ensemble des institutions, pratiques et procédures ayant pour objet de produire des règles encadrant la situation de travail. Elles constituent la cible du travail accompli à travers le dialogue social. Sachant que les relations de travail impliquent nécessairement une hiérarchie ou subordination, il n'y a pas d'équilibre entre les parties de cette relation. A l'hôpital, trois acteurs non égaux du système (les directions, les agents et leurs représentants, le gouvernement) subissent trois contraintes exogènes (techniques, d'ordre économique, juridico-politique). Des convictions communes (loi, pratique...) définissent le rôle, la place et la représentation des acteurs.

Les règles sont le fruit d'une confrontation de multiples rationalités et intérêts formant un système toujours instable. L'importance de l'esprit de lutte entourant les relations professionnelles et parvenant à une régulation conjointe ressort de cette extrait : *« ce qui s'affronte, ce ne sont pas seulement des intérêts, mais des prétentions aux règles, des volontés de régulation. Mais l'une des parties en détient, dans la pratique, l'énoncé et l'exécution. L'autre cherche à faire valoir des pratiques informelles, des réseaux clandestins*

⁷¹ CRISTOFALO Paula (sociologue et MCF à l'EHESP), *Dialogue social : enjeux et perspectives*, intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques, avril 2019

Cette partie est fortement inspirée de cet auteur. Dans un souci de lisibilité, le parti pris a été de ne pas citer intégralement l'auteur mais de reformuler ses idées.

*de complicités : au mieux, à les introduire dans l'organisation officielle ; au moins à les abriter et à les faire respecter. Il est commode de présenter cette rencontre comme celle de deux régulations, une régulation de contrôle et une régulation autonome »*⁷². Il y a une interconnexion et interdépendance entre ces règles et les acteurs du système, de sorte que les syndicats bâtissent pour partie règles et institutions en y adhérant ou non, ce qui forge le modèle social français contraignant lui-même les organisations et actions.

Le dialogue social est une notion floue, peu définie en raison de sa richesse. Très employée, cette expression comprend de nombreux éléments de réponse et est beaucoup utilisée, d'où la confusion. *“Tel que défini par l'OIT, le dialogue social inclut tous types de négociation, de consultation ou simplement d'échange d'informations entre les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs selon des modalités diverses, sur des questions relatives à la politique économique et sociale présentant un intérêt commun.”*⁷³ Il ne s'agit donc pas d'un objectif mais d'un moyen visant à favoriser l'expression et la confrontation des intérêts des employeurs et employés en vue de produire des règles. Ainsi, la régulation est le produit de cette négociation et pas l'imposition de règles d'une partie à l'autre.

En raison de sa capacité d'adaptation et de son envergure, le dialogue social se manifeste à diverses échelles : aussi bien au niveau international avec le Bureau international du travail, qu'au niveau européen, mais également au niveau national interprofessionnel avec les accords nationaux interprofessionnels⁷⁴ ou au sein d'une branche d'activité ou des instances de représentation, ou encore au quotidien grâce au dialogue social local, de proximité dans les établissements.

Comptent ainsi parmi les acteurs du dialogue social en établissement : le directeur général et ses équipes, le directeur des ressources humaines et ses équipes dont l'agent chargé des relations sociales et conditions de travail, les représentants du personnel et organisations syndicales, les directeurs des soins, cadres supérieurs et cadres, les médecins, les agents... En soi, tout agent souhaitant animer le dialogue social, y participer, sans forcément y exercer de

⁷² REYNAUD Jean-Daniel (sociologue et professeur de sociologie), *Le conflit, la négociation et la règle*, Octarès, 2ème éd., 1999

⁷³ Site internet de l'Organisation internationale du travail, Dialogue social : <https://www.ilo.org/ifpdial/areas-of-work/social-dialogue/lang--fr/index.htm>

⁷⁴ Exemple : Accord national interprofessionnel du 28 février 2020 portant diverses orientations pour les cadres

rôle ou de responsabilité, sachant que la culture locale, l'histoire de l'établissement et les relations personnalisées entre acteurs peuvent influencer sur ce dialogue social de proximité. Comme explicité précédemment, les fondements de ce dialogue social sont des principes de nature constitutionnelle et législative en droit interne, à savoir le droit à la participation⁷⁵ et le droit syndical⁷⁶. Ils constituent la légitimité de l'action syndicale.

Quant à l'expression du dialogue social, elle peut avoir différents degrés : information, consultation, concertation, négociation ou conflit. Le dialogue social revêt aussi de multiples formes. Il peut être institutionnel et formel au sein des instances (Conseil de surveillance, CHSCT...). Il est alors obligatoire. Existe également un dialogue social informel perpétuel entre directions, encadrement et agents, syndicats, représentants du personnel au sein du collectif, des services et pôles. Ce dialogue social est conseillé et préféré car il permet un travail plus dynamique et approfondi. Afin d'optimiser son fonctionnement, il convient d'organiser ce dialogue qui ne doit pas permettre de contourner les instances mais constituer un travail en amont.

§ 2 - L'appropriation réfléchie du dialogue social par les organisations syndicales hospitalières

L'évolution de la contestation vers des revendications spécialisées tend à bouleverser le dialogue social institutionnel et informel. Les deux formes de dialogue social sont liées et influent l'une sur l'autre. Les syndicats peuvent ainsi tirer profit du dialogue social et négocier avec les directions pour parvenir à des compromis ou concessions. Pour se faire, ils bénéficient de moyens matériels.

Parmi les moyens matériels d'expression syndicale, la mise à disposition de locaux syndicaux⁷⁷, sous conditions de représenter un nombre suffisant d'agents ou d'être représenté en instance. Ces locaux doivent en principe être situés dans l'enceinte de l'établissement, au plus

⁷⁵ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 8

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite Le Pors, article 9

⁷⁶ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 6

⁷⁷ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 96 et 98

Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 3 et 4

près du lieu de travail des agents. Ces locaux syndicaux sont également aménagés et équipés, en ce qu'ils conviennent à l'exercice d'activités syndicales, avec des fournitures informatiques, de bureau, du mobilier, du chauffage... Les équipements doivent être comparables à ceux des services administratifs de l'établissement. Un point mérite une attention toute particulière : celui de l'accès aux technologies de l'information et la communication⁷⁸. Leurs conditions d'utilisation par les organisations syndicales sont définies par une décision du directeur d'établissement, ainsi que les obligations de l'administration en la matière. L'accès au réseau informatique doit être garanti à ces organisations syndicales. Il y a là place pour une négociation aux enjeux importants à l'ère du numérique.

Les organisations syndicales ont aussi droit d'affichage et de distribution de documents d'origine syndicale⁷⁹. Les syndicats ont également le droit de collecter des cotisations syndicales dans l'enceinte des bâtiments en dehors des locaux ouverts au public par des représentants non en service ou bénéficiant de décharges d'activité⁸⁰. Comme pour la distribution de documents, la collecte ne doit pas porter atteinte au fonctionnement du service⁸¹. Concernant l'affichage, il concerne tout document simultanément transmis au directeur d'établissement, qui ne peut s'y opposer qu'en cas de diffamation ou injure. Il s'effectue sur des panneaux prévus à cet effet et en principe non visibles par les usagers.

Tous ces moyens matériels sont des moyens de communication permettant aux organisations syndicales de trouver des adhérents et de sensibiliser les agents. Elles se réunissent à travers deux types de réunions syndicales⁸² essentielles : les réunions statutaires

⁷⁸ Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 4

⁷⁹ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 96

Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 9

⁸⁰ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 96

Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 11

⁸¹ DERENNE Odile et LAMY Yves (directeurs d'hôpitaux et professeurs en gestion des ressources humaines à l'EHESP), *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitaliers*, Presses de l'EHESP, 10ème édition, 2010, p. 190 à 193

⁸² Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 96

ou d'information⁸³ et les réunions mensuelles d'information⁸⁴. Les réunions statutaires ou d'information sont ouvertes aux agents non en service ou bénéficiant d'une autorisation spéciale d'absence⁸⁵ tandis que les réunions mensuelles d'information disposent d'un fonctionnement particulier : un agent ne peut participer qu'à une réunion mensuelle⁸⁶. Le décompte des heures et participations de chaque agent est important.

Ces réunions participent au fonctionnement interne des organisations syndicales mais d'autres éléments du dialogue social doivent être relevés. Outre les instances du dialogue social institutionnalisé et formel (dans lequel les réunions de négociation de grève sont incluses), les échanges et la correspondance entre syndicats et directions ou encadrement comptent comme du dialogue social informel, comme les éventuelles réunions organisées sans obligation législatives entre syndicats et encadrement, direction des ressources humaines voire direction générale. Ces pratiques existent en établissements de santé de façon autonome et propre à chaque établissement. Il convient en effet de s'adapter à la culture locale pour construire un dialogue sociale de proximité apaisé. Alors que les instances sont critiquées, ces moyens de participation au dialogue social sont un compromis capital.

Les organisations syndicales disposent ainsi de nombreux moyens d'intervenir dans le dialogue social. Quand bien même le dialogue social est discuté dans certaines formes, sa richesse lui permet de subsister et de s'ouvrir à l'ensemble des parties.

Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 5, 7 et 8

⁸³ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 96

Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 5

⁸⁴ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 96

Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 6

⁸⁵ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 45, 96 et 98,

Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 13, 15, 19 à 28 et 29-1

⁸⁶ DERENNE Odile et LAMY Yves (directeurs d'hôpitaux et professeurs en gestion des ressources humaines à l'EHESP), *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitaliers*, Presses de l'EHESP, 10ème édition, 2010, p. 190 à 193

Section 2 - Les limites perceptibles du dialogue social actuel causes de distance et tensions entre ses participants et concourant au bilan de la désyndicalisation au sein du système de santé

§ 1 - Les limites perceptibles d'un dialogue social formel institutionnalisé ancré dans la pratique hospitalière nourrissant des relations sociales dégradées⁸⁷

Le bilan du dialogue social à l'hôpital⁸⁸ relève divers points nécessitant un travail en profondeur en établissement. Tout d'abord, une critique à l'égard d'un dialogue social formel surtout nourri d'instances et vecteur de relations sociales dégradées partagée par de nombreux syndicats qui regrettent un manque de spontanéité et d'écoute. A cela s'ajoute un manque de formation, tant du côté des syndicats que de l'administration.

Est également très discuté le dialogue social de proximité, avec les cadres de santé notamment, à qui sont reprochés une dureté ou rigueur trop importante et parfois un certain manque d'empathie. Se positionner pour les cadres intermédiaires s'avère tantôt difficile : entre les injonctions des directions et cadres supérieurs et la vie quotidienne du service auprès des agents, il faut savoir user de compromis.

Par ailleurs, la place des médecins est tout à fait particulière dans ce dialogue social car ils sont en général regroupés dans des syndicats spécifiques pas nécessairement représentés en instance (absence aux négociations de grève, présence restreinte à la commission médicale d'établissement...). Parmi les syndicats de médecins : Intersyndicale nationale des internes, Syndicat national des médecins hospitaliers Force ouvrière, Intersyndicat national des chefs de clinique et assistants... Leurs intérêts sont spécifiques ce qui renforce leur position à part dans le dialogue social.

⁸⁷ CRISTOFALO Paula (sociologue et MCF à l'EHESP), *Dialogue social : enjeux et perspectives*, intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques, avril 2019

Cette partie est fortement inspirée de cet auteur. Dans un souci de lisibilité, le parti pris a été de ne pas citer intégralement l'auteur mais de reformuler ses idées.

⁸⁸ Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Le Pacte de confiance pour l'hôpital, Rapport du Groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines, *Dialogue social : Reconnaître - Rénover - Réussir*, janvier 2013

Ces critiques sont amplifiées par le contexte complexe de l'hôpital où l'objectif de prise en charge sécurisée et de qualité est rendue encore plus difficile à atteindre avec les contraintes de gestion du personnel, de rythme intense... Certains points sont juridiquement peu encadrés, ce qui favorise des solutions pratiques innovantes sur le terrain, élément qui a été plus que vérifié pendant la gestion de la crise sanitaire due à la Covid-19.

A contrario, le dialogue social est parfois confronté à des limites institutionnelles telles que l'échange avec la direction limité aux instances seules, avec un temps de parole limité... Les instances sont également remises en question dans leur aspect théâtral. La répartition de la parole, l'organisation peuvent avoir tendance à ne pas aborder un sujet en profondeur, à dévier le sujet de ses enjeux, notamment pour des matières polémiques telles que les conditions de travail ; leur dégradation pour les soignants est indéniable mais l'organisation d'une réunion peut implicitement être telle que la parole est moins laissée à un syndicaliste dont ce serait la spécialité par exemple. D'autres contraintes influent aussi sur le dialogue social : la pression financière, le court ou long terme de projets (non en accord avec les mandats en instance).

L'un des point fondamental quant à l'amélioration des rapports entre organisations syndicales et directions tient en la confiance qu'elles ont les unes envers les autres. Dans certains établissements, le lien est si tendu qu'une certaine défiance voire jalousie émane. Un parallèle peut être fait entre la relation salarié et employeur. Il y a l'instauration d'une impression de partie fort et partie faible, une impression de pouvoir contraignant qui s'avère assez éloignée de ce qu'elle devrait être. Si les directions sont le garant d'une prise en charge de qualité, elles sont également un employeur référent pour les personnels hospitaliers. Certes, il y a une autorité, une hiérarchie, une subordination, mais des contre pouvoirs sont aussi à disposition des agents et de leurs représentants. Il est important de sortir du cadre stéréotypé du "méchant patron éloigné de la réalité" pour avancer et ne pas rompre le lien. L'ordre impliqué par l'administration hospitalière ne peut être considéré comme un synonyme d'arbitraire.

§ 2 - Les conséquences d'un dialogue social formel pauvre et insatisfaisant en termes de désyndicalisation, mouvement déjà annoncé par des raisons historiques

La désyndicalisation peut se définir par la baisse du taux de syndicalisation parmi les employés d'une entreprise. La relation de travail est par principe conflictuelle. Or l'action collective se construit par un mécanisme d'individualisme méthodologique⁸⁹. Ce paradoxe peut être résumé ainsi : *“Le syndicalisme permet l'obtention de bénéfices collectifs grâce à la grève, la négociation, la coalition, en d'autres termes l'action collective. Bien entendu, chaque salarié a intérêt à l'obtention de ces produits de l'action collective. Toutefois, chaque salarié, pris individuellement, n'a pas intérêt à supporter le coût de l'action collective puisqu'il peut toujours espérer bénéficier du bien collectif sans avoir contribué à l'obtenir, laissant aux autres le soin de payer le prix de l'action collective”*⁹⁰. Si le mécanisme d'individualisme est rompu, par exemple du fait de la multitude de situations dans lesquelles les agents peuvent se trouver, sans que les unités de travail telles que les services ne suffisent à les rassembler, l'attrait pour le syndicalisme diminue. C'est la crise du syndicalisme dans la fonction publique, un secteur pourtant traditionnellement favorable aux syndicats touché de désaffection.

Des raisons historiques expliquent cette diminution des effectifs syndicaux générale. La désindustrialisation a, dans un premier temps, évincé une part conséquente de ouvriers syndicalisés (fermeture des mines, sidérurgie, métallurgie...). Seuls les étudiants persistent, dans une part finalement assez difficilement quantifiable. De plus, des secteurs sans tradition syndicale se développent, notamment dans le tertiaire (services), en même temps que de nouvelles formes d'emploi : temps partiel, uberisation, sous-emploi, sans oublier la problématique du chômage. A côté de cela, les organisations syndicales ont perdu du crédit et de la légitimité dès la fin de la Guerre froide avec la chute de l'Union des républiques socialistes soviétiques, des démocraties ouvrières et de leur culture, au profit d'un mouvement néolibéral capitaliste dont l'ambition est d'avantage de casser l'image et le pouvoir des syndicats. Les relais politiques et partisans des syndicats se font ainsi de plus en plus rares, les mobilisations massives moins impressionnantes. La représentation est

⁸⁹ AMADIEU Jean-François (sociologue et professeur de sociologie), *Essai d'analyse interactionniste de la désyndicalisation : le cas de la fonction publique en France*, Revue française de science politique, n°39-2, 1989, p. 133 à 153

⁹⁰ AMADIEU Jean-François (sociologue et professeur de sociologie), *Essai d'analyse interactionniste de la désyndicalisation : le cas de la fonction publique en France*, Revue française de science politique, n°39-2, 1989, p. 136, expliquant le raisonnement d'OLSON Mancur (économiste), *Logique de l'action collective*, 1965

bouleversée, passant de mouvements ouvriers traditionnels unifiés à des mouvements sociaux fragmentés.⁹¹

Plus spécifiquement, à l'hôpital, deux hypothèses caractérisent l'adhésion d'un agent à un syndicat : soit le syndicat est en mesure d'offrir à l'agent un service dont la contrepartie correspond au paiement d'une cotisation⁹², soit une pression s'exerce sur l'agent, de sorte qu'il est contraint à adhérer, c'est le cas d'un nouvel agent par exemple⁹³. L'image des organisations syndicales étant plutôt péjorative, si l'intérêt pour l'agent n'est pas concret (résolution d'un différend avec son supérieur hiérarchique, attribution de congés pour raisons familiales...), son adhésion n'est pas si aisée. D'autres déterminants ne poussent pas à l'adhésion : manque de temps, vie personnelle, crainte que l'appartenance syndicale ait des répercussion sur la carrière... Par ailleurs, l'impression que le dialogue social, dans sa forme actuelle surtout formelle, ne mène pas à avancer ou à assouvir cet intérêt individuel caché dans le collectif est plutôt répandue, ce qui tend à freiner les nouveaux potentiels adhérents.

⁹¹ CRISTOFALO Paula (sociologue et MCF à l'EHESP), *Dialogue social : enjeux et perspectives*, intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques, avril 2019

⁹² Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 96

Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 11

⁹³ AMADIEU Jean-François (sociologue et professeur de sociologie), *Essai d'analyse interactionniste de la désyndicalisation : le cas de la fonction publique en France*, Revue française de science politique, n°39-2, 1989, p. 136, résumant une théorie de DURKHEIM Emile (sociologue), *De la division du travail social*, 1893

Titre 2 - Une souplesse importante accordée aux syndicats dans la protestation collective à travers l'aspect indiscipliné du dialogue social et la participation active aux instances gestionnaires des établissements de santé

Si l'engagement syndical implique une participation des agents à la gestion quotidienne de l'hôpital (Chapitre 1), cette participation s'effectue davantage sous la forme d'une participation aux instances de dialogue social assez discutée (Chapitre 2).

Chapitre 1 - L'engagement dans une organisation syndicale s'apparentant à une infiltration dans la gestion quotidienne des établissements de santé et le dialogue social substantiel réunissant directions, administratifs, médecins, soignants et techniciens

Section 1 - L'expression journalière informelle du dialogue social même numérique comme méthode apaisée de règlement des différends et porte-voix pour agents et directions

§ 1 - Le développement et la préférence des organisations syndicales pour la pratique informelle comme moyen apaisé de règlement des différends et d'échange avec l'administration

Selon l'Organisation internationale du travail, *“les processus de dialogue social peuvent être informels ou institutionnalisés ou associer – ce qui est souvent le cas – ces deux caractéristiques. Il peut se dérouler au niveau national, régional ou au niveau de l'entreprise. Il peut être interprofessionnel, sectoriel ou les deux à la fois.”*⁹⁴

⁹⁴ Site internet de l'Organisation internationale du travail, Dialogue social :

L'aspect informel du dialogue social est souvent préféré par les syndicats au quotidien par opposition à son côté formel et institutionnel moins abordable. Le sentiment de proximité y est plus attirant. D'un point de vue sociologique, le lien positif entre participation directe et productivité individuelle et collective est plus fort et attractif en cas de dialogue social informel⁹⁵. De cette sorte, les syndicats vont privilégier des pratiques informelles, réseaux et relations de complicité, et chercher à les introduire dans l'organisation officielle⁹⁶.

C'est l'un des rôles endossés par le directeur des ressources humaines, chef d'orchestre des relations avec les syndicats, les cadres et les agents. Il est important qu'il réussisse à maintenir un dialogue social informel organisé, autour de séances mensuelles avec chacune des organisations syndicales représentatives dans l'établissement par exemple. Ce cadre permet de pallier l'absence de caractère opposable d'un point de vue juridique de ce type de dialogue. Pourtant, il permet de parvenir plus aisément à des compromis ou au règlement de différends hors instances. Cette confiance entre syndicats et direction crée un climat plus ou moins apaisé d'échange. Deux objectifs sont visés dans ce cas : la résolution de problèmes et la formalisation d'accords. Dans ce cas, opter pour un cadre plus propice à l'obtention d'un accord est envisageable (déjeuner, café...). Cette pratique est courante dans le secteur privé.

Quant à l'organisation du dialogue social informel, les règles doivent rester presque imperceptibles de façon à ne pas troubler l'échange. De même, ressortent des valeurs telles que le partage, la transparence, la reconnaissance afin que les parties ne se sentent pas lésées. Cela ressort de l'organisation du travail et du management mêmes. *“L'organisation est, sans nul doute, la partie la plus visible du management.”*⁹⁷ De la création des pôles aux services et unités fonctionnelles, tous ces éléments ont un lien avec le dialogue social. Ils permettent la définition des fiches de postes, de créer des liens de subordination, de coopération et d'information.

Cette organisation hospitalière très formalisée est le théâtre des relations de travail entre soignants et encadrement. Chacun sait qui il peut ou doit diriger, sans que rien n'ait

<https://www.ilo.org/ifpdial/areas-of-work/social-dialogue/lang--fr/index.htm>

⁹⁵ CRISTOFALO Paula (sociologue et MCF à l'EHESP), *Dialogue social : enjeux et perspectives*, intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques, avril 2019

⁹⁶ REYNAUD Jean-Daniel (sociologue et professeur de sociologie), *Le conflit, la négociation et la règle*, Octarès, 2ème éd., 1999

⁹⁷ THIETART Raymond-Alain (professeur de management), *Que sais-je ? Le management*, n°1860, 11ème éd., PUF, 2003, p. 47

forcément été expliqué avant la prise de poste. C'est un schéma su et non dit de rapports sociaux informels. A l'agent de privilégier de bons rapports ou non avec sa hiérarchie. L'ensemble de choix individuels ont un impact sur l'ambiance générale et le dialogue social de proximité au sein de la division de l'hôpital.

§ 2 - Le cas du “presque” vide juridique de l'utilisation officielle des technologies de l'information et de la communication par les organisations syndicales en établissement sanitaire

L'encadrement juridique de l'emploi des technologies de l'information et de la communication par les organisations syndicales est assez libre. L'exercice des droits syndicaux doit pourtant s'adapter au numérique pour subsister, ce qui nécessite un cadre juridique. Dans l'attente de l'arrêté ministériel déterminant le cadre général de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans la fonction publique hospitalière et des précisions concernant les garanties de confidentialité, de libre choix et de non-discrimination, les établissements de santé doivent adapter leurs pratiques⁹⁸. Une décision du directeur général, prise après avis du comité technique d'établissement, définit : les conditions d'utilisation des technologies de l'information et de la communication par les organisations syndicales ayant une section syndicale dans l'établissement et représentées au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière ou au Comité technique d'établissement, et les obligations de l'administration en la matière.

A côté de cela, la jurisprudence a ponctuellement fixé des règles. A titre d'exemple, une décision du juge administratif⁹⁹ a conclu à ce que la représentativité des organisations syndicales devait être recherchée au niveau auquel les droits sont attribués. Ainsi, pour la question de l'accès à l'intranet, si une concertation avec les syndicats aboutit à un accord sur l'accès au réseau de l'administration ou à certaines de ses fonctionnalités pour les seules organisations remplissant certaines conditions de représentativité, l'échelon de l'intranet auquel il est donné accès est apprécié : un syndicat national peut avoir accès à l'intranet

⁹⁸ Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 4

⁹⁹ Conseil d'Etat, 30 décembre 2009, Union syndicale Solidaires, décision n°310284

ministériel, tandis qu'un syndicat représentatif à l'échelle d'une administration centrale aura accès à l'intranet spécifique d'une direction.

Concrètement, à l'extérieur de l'établissement, difficile pour la direction d'empêcher un syndicat de s'exprimer librement sur un sujet lié à l'hôpital, quand bien même son avis serait contraire à celui prôné par la direction de l'établissement, hors le cas de la diffamation¹⁰⁰ et de l'injure¹⁰¹ qui peuvent donner droit à l'établissement d'engager des poursuites et de procéder à la fermeture d'une rubrique voire d'un site. En revanche, dans l'enceinte de l'établissement, des règles simples plus ou moins strictes peuvent être posées en vue de contrôler les agissements des syndicats. Par exemple, il est possible de limiter l'utilisation des outils informatiques à des fins professionnelles seulement. Ensuite, il est de commun accord que les syndicats doivent s'assurer de la sécurité de leurs informations et s'engager à respecter les procédures informatiques en vigueur dans l'établissement.

Ainsi, pour les éléments non encadrés par la loi ou la jurisprudence, la pratique laisse libre court aux directions et organisations syndicales. Une comparaison des pratiques entre établissements s'avère tout à fait intéressante sur l'emploi des nouvelles technologies numériques¹⁰². Des règles plus ou moins strictes, des moyens plus ou moins importants sont laissés aux syndicats.

Dans l'hypothèse de l'utilisation de l'intranet ou d'un espace de stockage partagé dans l'établissement, certains centres hospitaliers permettent aux syndicats de disposer d'une page où la publication est libre en fréquence, dans le respect du droit positif et de la charte graphique et qualité de l'établissement. Peuvent toutefois être interdits : tracts, démarchage, propagande, vidéo, son, chat enquête, lettre ouverte à destination de la direction, liens vers d'autres sites internet, chaîne. Un administrateur unique est chargé de cette page ou de l'espace de stockage. Pour ce qui est du stockage, des règles sont aussi négociées en interne concernant les agents ayant accès aux documents stockés, la nature de ces fichiers, le volume de l'espace de stockage, l'obligation de transmission préalable des fichiers à la direction des ressources humaines, définition d'un temps de disponibilité des documents... Ces pratiques

¹⁰⁰ Loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse, article 32

¹⁰¹ Loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse, article 33

¹⁰² Comparaison des pratiques réalisée au cours d'un stage au Département des relations sociales et des conditions de travail de la Direction des ressources humaines du CHU de Tours entre le 13 mai et le 21 juin 2019

sont peu répandues bien qu'elles favorisent un dialogue social ouvert et l'esprit critique. Les établissements qui les utilisent parient sur le bon sens des syndicats qui pourraient perdre l'usage de cette page ou de cet espace dédiés. Un espace peut également être dédié aux instances telles que le comité technique d'établissement et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Pour ce qui est de l'utilisation de la messagerie interne, l'envoi de courriels peut être interdit ou libre. La fréquence et la nature des envois sont préférablement définis à l'avance, de même que l'autorisation d'accès aux listes de diffusion et de correspondance individuelle avec chaque agent. Une adresse mail générique peut être créée par organisation syndicale, ainsi que par membre des instances de représentation du personnel.

Les directions, en concertation avec les organisations syndicales, se gardent le droit de sanctionner tout manquement à un éventuel protocole, ou une potentielle charte ou décision concernant l'utilisation du numérique en établissement signé entre les parties, en prévoyant en ce document l'échelle de sanctions de restrictions d'utilisation (avertissement, suppression de l'objet...).

Section 2 - La qualité de vie au travail et le nouveau management comme moyens pour les directions et syndicats d'améliorer les conditions de travail des agents sans compromettre la qualité de la prise en charge des patients

§ 1 - Le double impact de l'organisation du travail et du management sur le dialogue social de proximité et le ressenti du patient suite à son hospitalisation, son examen ou sa consultation

L'organisation du travail au sein d'un service hospitalier influence nécessairement la motivation et l'état d'esprit des équipes et impacte par conséquence le ressenti du patient quant à sa prise en charge. Ainsi, un agent épuisé, à qui un congé ou jour de réduction du temps de travail aura été refusé par son cadre, contraint à venir travailler en raison d'un manque d'effectifs, peut plus facilement être moins professionnel et patient envers un patient, ce qui sera mal ressenti par le patient lui-même, alors insatisfait de sa prise en charge. *“L'aspect suscitant le plus de satisfaction est la prise en charge par les équipes, au premier rang desquelles les infirmiers et aides-soignants (note de satisfaction nationale : 81 sur 100).*

Près de 9 patients sur 10 se sont dits satisfaits ou très satisfaits de l'écoute attentive des équipes paramédicales et 8 sur 10 de leur soutien. L'aide apportée dans les activités courantes a été saluée par 84% des patients."¹⁰³ Les chiffres en termes de satisfaction de la prise en charge par les infirmiers, aides-soignants, médecins et chirurgiens sont bons, mais qu'en serait-il de leur évolution prochaine dans un contexte sanitaire aussi tendu freinant le recours aux soins ?

L'organisation du travail, dans le service ou le pôle, et parmi les personnels et la gestion de leur temps de travail s'avère donc être un objet crucial pour les directions et l'encadrement. Malgré les critiques à l'encontre de la rigidité du statut de la fonction publique¹⁰⁴, les fonctionnaires et contractuels disposent d'un droit d'aménager leur temps de travail sans que celui soit inférieur au mi-temps. De multiples solutions s'offrent aux agents pour gérer leur rythme de vie et directions pour maintenir la continuité du service¹⁰⁵ : temps partiel (de 50 à 90% de la durée de service effectuée par les agents de même grade exerçant à temps plein les mêmes fonctions)¹⁰⁶, autorisations d'absence, congés annuels, heures supplémentaires, jours fériés, jours de réduction du temps de travail, astreinte, permanence, nuit, week-end... Le problème tient souvent en l'attribution de ces jours de repos, source de conflits avec l'encadrement de proximité. En effet, les horaires de travail sont en majorité imposés en établissement en raison de la complexité de la réalisation de plannings.

En plus de la question du temps de travail de chaque agent, tous les éléments relevant de l'organisation au sens formel du terme, formes d'organisations, division du travail, délégation et décentralisation, coordination, services fonctionnels et opérationnels, influent sur la prise en charge sécurisée et de qualité des patients. L'objectif est d'éviter la surcharge de travail¹⁰⁷ chez les agents dès lors qu'elle nuit aux exigences de soins. Pour autant, au-delà des règles et

¹⁰³ Haute autorité de santé, Enquête "Satisfaction des patients à l'hôpital et en clinique", décembre 2017 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2814068/fr/satisfaction-des-patients-a-l-hopital-et-en-clinique-la-has-publie-le-s-resultats-2017

¹⁰⁴ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite Le Pors

¹⁰⁵ Conseil constitutionnel, 25 juillet 1979, Loi modifiant les dispositions de la loi n°74-696 du 7 août 1974 relatives à la continuité du service public de la radio et de la télévision en cas de cessation concertée du travail, décision n°79-105 DC

¹⁰⁶ DERENNE Odile et LAMY Yves (directeurs d'hôpitaux et professeurs en gestion des ressources humaines à l'EHESP), *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitaliers*, Presses de l'EHESP, 10ème édition, 2010, p. 53 à 86

¹⁰⁷ CORDIER Marie (chercheuse à la DREES), *L'organisation du travail à l'hôpital : évolution récentes*, Études et résultats, n°709, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère des Solidarités et de la Santé, novembre 2009

compromis en termes de temps de travail, l'entraide entre collègues est réelle dans les moments difficiles de pic d'activité. Toute l'activité hospitalière n'est pas programmable (exemples des urgences et de la réanimation), aux professionnels de faire face aux flux de patients, ce qui nécessite organisation et ambiance de travail apaisée. Par ailleurs, les professionnels de santé ne sont pas connus pour leur absence d'implication dans leur travail. Bien au contraire, médecins et soignants ont un fort sentiment de responsabilité dans le travail et font le lien entre implication forte et sentiment d'utilité. Pour certains, difficile de s'arrêter, même en cas de problèmes de santé graves, ce qui place le cadre de proximité (du service) dans une situation parfois délicate : entre activité intense, manque de personnel et agents surmenés, quelles attitudes stratégiques adopter ?

Concernant les cadres de proximité, leurs méthodes de management sont tantôt discutées. Le législateur est intervenu dernièrement en créant une obligation de formation au management des agents pour les nouveaux cadres de la fonction publique¹⁰⁸. Ils sont essentiels dans la gestion des ressources humaines de l'hôpital et doivent maintenir des rapports sains avec leurs agents tout en représentant la hiérarchie. Si le management peut être défini ainsi : *“action ou art ou manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler, (s'appliquant) à tous les domaines d'activités de l'entreprise”*¹⁰⁹, cette définition peut également être appliquée à l'établissement de santé qui doit faire face à une demande en soins très variée, tout en prenant soin de ses agents. Est devenu tendance le management bienveillant, dont la logique peut être résumée ainsi : *“si (la personne) ne reçoit pas suffisamment de bienveillance, sa nature se rebelle : le niveau de stress augmente et la motivation baisse. Au contraire, si elle en reçoit abondamment, elle s'épanouit : le niveau de stress baisse et la motivation augmente”*¹¹⁰. Il s'agit d'encourager la coopération et d'attribuer à chacun un droit à l'erreur, *“d'apprendre comment on concilie exigence et empathie”, “de laisser place aux émotions (de sorte qu'elles) deviennent des*

¹⁰⁸ Loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, article 64

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite Le Pors, article 22

¹⁰⁹ THIETART Raymond-Alain (professeur de management), *Que sais-je ? Le management*, n°1860, 11ème éd., PUF, 2003, p. 7

¹¹⁰ DESJACQUES Yves et RODET Philippe (homme d'affaire et ancien médecin urgentiste, auteur, conférencier), *Le management bienveillant*, Eyrolles, février 2017

atouts”¹¹¹. Pour l’hôpital, cette forme de management paraît être l’une des plus adaptées : dans les situations stressantes auxquelles les soignants doivent faire face, il est important de savoir gérer la pression.

§ 2 - La prise en considération exponentielle du nouvel enjeu de la qualité de vie au travail pour les directions comme les organisations syndicales et ses bienfaits sur la prise en charge des patients

Depuis une dizaine d’années, une nouvelle cause tient à coeur aux organisations syndicales : la qualité de vie au travail. Ce concept peut être défini ainsi : *“La qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l’individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l’intérieur des domaines de son travail où la réduction de l’écart séparant l’individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l’individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société”*¹¹². Ce concept large comprend de multiples déterminants selon l’Agence nationale pour l’amélioration des conditions de travail : le travail lui-même (tâches et missions), son environnement, les relations sociales qu’il implique, son organisation, le développement professionnel, la conciliation entre vie professionnelle et vie privée. Il y a donc un rapport entre l’épanouissement de l’individu, son bien-être au travail et sa productivité. Deux dimensions sont néanmoins à prendre en compte : la perception par l’individu de son travail et celle de ce qui est acceptable par un collectif en termes de travail. Deux échelles sont ainsi nécessaires pour analyser une situation de travail et ses répercussions sur la santé mentale et physique¹¹³ des agents.

A travers la notion de qualité de vie au travail sont regardées la santé au travail (aussi bien physique que mentale), les conditions de travail, la prévention des risques professionnels et la responsabilité sociale des entreprises dont elle fait partie. En établissements de santé, il

¹¹¹ DAB William (professeur en sécurité sanitaire au Conservatoire des arts et métiers), in. POISSON Dominique, *Retour sur le débat sur la QVT organisé à la CFE CGC*, 14 mars 2013, <http://laqvt.fr/retour-sur-le-debat-sur-la-qvt-organise-a-la-cfe-cgc/>

¹¹² MARTEL Jean-Pierre et DUPUIS Gilles (professeurs à l’Université de Montréal, Québec), *Rapport sur la qualité de vie au travail - Bilan des connaissances : L’inventaire systémique de qualité de vie au travail*, Centre de liaison sur l’intervention et la prévention psychosociales, 2010

¹¹³ Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, article 169

n'est pas rare de trouver des référents en ces matières, outre la médecine du travail, les psychologues et les syndicats devenus experts sur le sujet. Étant devenue un levier d'efficacité si elle est prise en compte dans une démarche globale, en entreprise comme en administration, la qualité de vie au travail est au coeur de nombreux travaux. Des initiatives sont regroupées par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et l'Institut national de recherche et de sécurité ou sont devenues des obligations réglementaires voire législatives : le document unique d'évaluation des risques professionnels¹¹⁴, le télétravail¹¹⁵, la déclaration annuelle des données sociales unifiées¹¹⁶, l'évaluation¹¹⁷, les outils de prévention des risques psychosociaux (stress, désengagement, droit à la déconnexion, harcèlement, exigences émotionnelles, conflits de valeurs, violences, discrimination, organisation du travail, management, autonomie dans le poste de travail, insécurité de la situation de travail, intensité et temps de travail, rapports sociaux...) et troubles musculo-squelettiques (lombalgies, cervicalgies, syndrome du canal carpien au poignet, syndrome de la coiffe des rotateurs à l'épaule, épicondylite latérale au coude, hygroma du genou...) tels que les grilles d'évaluation issus de l'obligation de sécurité incombant à

¹¹⁴ Code du travail, article R. 4121-1

Circulaire DGOS/RH3 n°2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière

¹¹⁵ Code du travail, articles L. 1222-9 et s.

Loi n°2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique

Décret n°2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature

¹¹⁶ Arrêté du 5 janvier 2005 fixant les modèles de formulaires, guides d'utilisation et notice explicative des déclarations annuelles des données sociales pour l'année 2004

¹¹⁷ Code du travail, article L. 1222-1 et s.

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite Le Pors, article 17

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 65

Décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 1-3

Décret n°2010-1153 du 29 septembre 2010 portant application de l'article 65-1 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret n°2020-719 du 12 juin 2020 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de la fonction publique hospitalière

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

l'employeur¹¹⁸, les baromètres sociaux, le bilan social¹¹⁹, le projet social dans le cadre du projet d'établissement¹²⁰, l'agenda social, le diagnostic égalité professionnelle¹²¹...

La qualité de vie au travail représente un véritable chantier pour les directions et une aubaine pour les syndicats. Dans un contexte tel que le milieu hospitalier, où les conditions de travail sont connues pour être particulièrement difficiles, une santé médiocre chez les agents aura nécessairement une répercussion sur l'accueil et la prise en charge des patients qui ressentiront ce mal-être. Ce concept a bouleversé les enjeux mis en avant lors de négociations de grève ou au sein des instances des établissements de santé. S'inspirant d'entreprises privées, les organisations syndicales et les directions tentent progressivement d'améliorer les conditions de travail des agents et veillent à la santé des agents.

Parmi les freins à certains projets en la matière : le cloisonnement des services, des rationalités financières, qui empêchent l'imprégnation de la culture qualité de vie au travail. Certains égards sont aussi empruntés en établissement : la qualité de vie au travail ne correspond pas à la mise à disposition d'une salle de yoga pour les agents. Certes, c'est une attention qui ravira certains, pour autant beaucoup d'agents font bien la distinction entre activité professionnelle et vie personnelle et seront réticents à l'idée de rester sur leur lieu de travail pour se détendre. Le modèle du paternalisme et des familistères en vogue au XIX^{ème} siècle ne correspond pas à l'ensemble des agents et il est important de leur laisser un choix, de choisir des solutions convenant au plus grand nombre.

Chapitre 2 - L'indéniable implication des organisations syndicales dans la vie institutionnelle des établissements de santé et de la

¹¹⁸ Code du travail, article L. 4121-1

Cour de cassation, Chambre sociale, 28 février 2002, arrêt n°00-11.793, publié au bulletin

¹¹⁹ Décret n°88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
Instruction N°DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

¹²⁰ Code de la santé publique, article L. 6143-2

Circulaire DH/FH 1 n°2000-413 du 20 juillet 2000 relative à la mise en oeuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail

¹²¹ Circulaire du 30 novembre 2019 relative à la mise en place de référents Egalité au sein de l'Etat et de ses établissements publics

Accord du 30 novembre 2018 relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique

fonction publique hospitalière au coeur d'un dialogue social formel controversé mais stable

Section 1 - Le bilan mitigé de la représentation syndicale au sein des organes de direction des établissements de santé atténué par la présence syndicale dans les hautes instances de la fonction publique

§ 1 - La faible représentation des organisations syndicales à la direction des établissements de santé¹²²

Les organes de direction disposant du pouvoir décisionnel en établissement sanitaire en période normale sont les suivants : le directeur général, le conseil de surveillance et le directoire. Si les syndicats ont une emprise sur la composition du conseil de surveillance, ils n'ont aucun pouvoir sur le reste des organes disposant du pouvoir décisionnel, ce qui peut laisser penser qu'ils sont exclus de la prise de décision au sein des établissements de santé.

Pour ce qui est du conseil de surveillance¹²³, ancien conseil d'administration, notamment tel qu'issu de la loi de 2009¹²⁴, sa composition comprend trois collèges d'effectifs identiques, dont les membres sont désignés pour un mandat de cinq ans, dont un dédié aux représentants du personnel désignés par les organisations syndicales, soit à des agents syndiqués, un collège pour les personnalités qualifiées et usagers et un dernier collège pour les représentants des collectivités territoriales et leurs groupements. Il y a donc là une égalité entre chacun des collèges représentés au conseil de surveillance. Or le président du conseil de surveillance est élu par ses membres au sein du collège des représentants des usagers et personnalités qualifiées ou de celui des représentants des collectivités territoriales, ce qui contredit le principe d'égalité.

¹²² SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, Gualino, 4ème éd., juin 2019, p. 65 à 130

Cette partie est fortement inspirée de cet auteur. Dans un souci de lisibilité, le parti pris a été de ne pas citer intégralement l'auteur mais de reformuler ses idées.

¹²³ Code de la santé publique, articles L. 6143-1 et s. et R. 6143-1 à 4

¹²⁴ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Pourtant, l'enjeu de cet organe tient en ses missions : il définit les orientations de la politique de l'établissement (projet d'établissement, statuts des fondations hospitalières...) et en assure le contrôle (compte financier, affectation des résultats, rapport annuel d'activité). Il dispose aussi de compétences consultatives. Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an. Le quorum requis pour valider les délibérations correspond à la majorité des membres en exercice.

En ce qui concerne le directoire¹²⁵, ex conseil exécutif, notamment tel qu'issu de la loi de 2009¹²⁶ étant donné qu'il était auparavant seulement composé de membres de l'équipe de direction et de praticiens, sa composition est ouverte aux membres du personnel et comporte de surplus le président du directoire, soit le directeur, et le président de la commission médicale d'établissement en tant que vice-président. En centre hospitalier universitaire, s'ajoutent deux autres vice-présidents : le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical et un vice-président chargé de la recherche. Le mandat au directoire est de quatre ans.

Ainsi, un membre du personnel membre du directoire peut être syndiqué. De plus, le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est membre de droit et peut lui aussi être syndiqué. Cependant, les membres du personnel au directoire sont nommés par le directeur sur proposition du président de la commission médicale d'établissement pour les personnels médicaux et après information du conseil de surveillance, ce qui peut freiner le choix de personnels syndiqués.

Quant aux attributions du directoire, elles révèlent tout l'enjeu d'en être membre. Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. Il est conseiller du directeur en termes de gestion et conduite de l'établissement. Enfin, il participe à la détermination de la politique de l'établissement.

Pour un syndicat, être représenté en conseil de surveillance peut s'avérer être un atout considérable au regard des attributions du conseil et de sa composition. En revanche, les syndicats sont presque exclus du directoire. La direction ne serait donc pas laissée aux mains

¹²⁵ Code de la santé publique, articles L. 6143-1 et s. et D. 6143-33 et s.

¹²⁶ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

des organisations syndicales qui ne sont d'ailleurs présentes au conseil de surveillance que par l'intermédiaire des représentants du personnel. Cela crée une impression d'exclusion des organes décisionnels de l'établissement, sentiment balayé par le haut degré de représentation syndicale dans les hautes instances de la fonction publique.

§ 2 - La remarquable présence syndicale au sein des hautes instances de la fonction publique

La fonction publique hospitalière est la seule à disposer d'une instance nationale propre à l'échelle de la fonction publique hospitalière seule : le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière¹²⁷, composé à parts égales de représentants de l'administration (Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la cohésion sociale, employeurs publics hospitaliers, communes et départements) et d'organisations syndicales, présidé par un conseiller d'Etat et placé auprès du ministre chargé de la santé. Cette instance est une aubaine pour les syndicats.

Cette instance est dotée de fonctions consultatives et de recours. Du point de vue de ses fonctions consultatives, elle est consultée pour avis au cours du processus législatif, notamment concernant des projets de loi ou sur d'éventuelles réformes des statuts des corps et emplois mais aussi à propos de la mise à jour de textes réglementaires tels que des décrets concernant les personnels hospitaliers. Les textes sont en général étudiés en assemblée plénière mais la division du conseil en cinq commissions permet de les répartir sur trois d'entre elles : celle dédiée aux statuts, celle spécialisée en formation professionnelle, celle regardant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail. Cet examen a lieu sur demande écrite d'un tiers de ses membres ou sur formulation d'une proposition par le conseil.

La commission de recours, issue du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, constitue un organe administratif de recours en matière disciplinaire. Elle se prononce sur des

¹²⁷ DERENNE Odile et LAMY Yves (directeurs d'hôpitaux et professeurs en gestion des ressources humaines à l'EHESP), *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitaliers*, Presses de l'EHESP, 10ème édition, 2010, p. 197 à 214,

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 11 à 14,

Décret n°2012-739 du 9 mai 2012 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière,

Arrêté du 13 février 2015 portant nomination au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

Site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé, Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/fonction-publique-e-hospitaliere-607/article/le-conseil-superieur-de-la-fonction-publique-hospitaliere>

différents divers : contestations de sanctions disciplinaires, licenciements pour insuffisance professionnelle et avancements de grade.

L'Observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière créé en 2001¹²⁸ auprès du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, appelé Observatoire national des emplois et des métiers¹²⁹ en 2012, et désormais Commission des emplois et des métiers¹³⁰, est aussi composé de neuf membres désignés par les syndicats. Il a pour mission : *“ de suivre l'évolution qualitative et quantitative des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, de proposer les modifications au répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie et se prononcer sur les modifications qui y sont apportées, d'observer et analyser les pratiques de la gestion prévisionnelle des effectifs, emplois, métiers et compétences dans les territoires de santé, de préparer l'analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux en vue de sa présentation en assemblée plénière.”*¹³¹ Y prendre part s'avère fortement intéressant pour une organisation syndicale.

Au niveau de l'ensemble des fonctions publiques, les accords de Bercy¹³² ont créé le Conseil commun de la fonction publique¹³³. Composé de membres de droit et de deux collèges dont un de trente représentants des organisations syndicales de fonctionnaires, le Conseil commun de la fonction publique est compétent sur les questions générales communes aux fonctions publiques. Il est saisi pour avis des projets de loi ou d'ordonnance modifiant le statut général des fonctionnaires ou y dérogeant mais également de ceux ayant une incidence

¹²⁸ Décret n°2001-1347 du 28 décembre 2001 modifiant le décret n°88-981 du 13 octobre 1988 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

¹²⁹ Décret n°2012-739 du 9 mai 2012 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et à l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière

¹³⁰ Décret n°2016-1897 du 27 décembre 2016 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et supprimant l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière

¹³¹ Site internet de la FHF, Conseil supérieur de la FPH : commission des emplois et métiers et représentation équilibrée, texte du 27 décembre 2016 :

<https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Gouvernance-dialogue-social/Conseil-superieur-de-la-FPH-commission-des-emplois-et-metiers-et-representation-equilibree-texte-du-27-decembre-2016>

¹³² Loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, article 5

¹³³ Décret n°2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique

Décret n° 2016-1320 du 5 octobre 2016 modifiant le décret n°2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique

sur la situation statutaire des fonctionnaires d'au moins deux fonctions publiques ou les règles de recrutement et d'emploi des contractuels¹³⁴.

La présence syndicale au sein du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et du Conseil commun de la fonction publique est indéniable. Les syndicats y ont accès à des fonctions consultatives concernant les lois encadrant la fonction publique hospitalière dans de hautes instances nationales. Cette importance qui leur est conférée tranche avec la place minimaliste qui leur est accordée au sein du pouvoir décisionnel en établissement de santé. Qu'en est-il de leur place dans les instances spécialisées des établissements sanitaires ?

Section 2 - L'étendue notable de la participation syndicale au dialogue social institutionnel à travers les mandats réservés aux organisations syndicales dans les organes consultatifs spécifiques en établissement de santé

§ 1 - La liberté induite par les élections aux organes consultatifs représentatifs des établissements sanitaires compétents en termes de stratégie, d'activités administratives et de soins

Parmi les nombreux organes consultatifs des établissements de santé, certains s'avèrent d'autant plus intéressants d'un point de vue stratégique pour les organisations syndicales en raison de leur objet : la stratégie globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Directement orientés vers les soins, leur organisation et gestion, ces organes offrent des perspectives importantes aux syndicats ou membres en faisant partie.

A ce titre, la commission médicale d'établissement¹³⁵ détient une partie du double pouvoir administratif et médical de l'établissement de santé, l'autre partie étant détenue par le

¹³⁴ Site du Ministère de la transformation et de la fonction publiques, Conseil commun de la fonction publique : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/26-quest-conseil-commun-de-la-fonction-publique-ccfp>
<https://www.fonction-publique.gouv.fr/conseil-commun-de-la-fonction-publique>

¹³⁵ SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, Gualino, 4ème éd., juin 2019, p. 65 à 130

directoire depuis 2009¹³⁶. *“Elle contribue à l’élaboration de la politique d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d’accueil et de prise en charge des usagers et propose au président du directoire un programme d’actions assorti d’indicateurs de suivi”*¹³⁷. Ce pouvoir de proposition dans la politique d’amélioration des soins et de la prise en charge est large : réflexion éthique, gestion des risques et événements indésirables liés aux soins, politique du médicament, prise en charge de la douleur... Autant de pistes de réflexion et d’actions ouvertes à ses membres.

De plus, la commission médicale d’établissement est un organe de consultation¹³⁸ interrogé au même titre que le comité technique d’établissement sur de nombreux sujets : la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire, les orientations stratégiques de l’établissement et son plan global de financement pluriannuel, la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, le projet médical d’établissement, la politique de formation des étudiants et internes...

Concernant la composition de la commission médicale d’établissement, elle varie selon la nature de l’établissement : centre hospitalier¹³⁹ ou centre hospitalier universitaire¹⁴⁰. Néanmoins, dans les deux situations se retrouvent des élus représentants leurs pairs. Parmi eux, des élus de responsables de structures internes, services, ou unités fonctionnelles, des élus des praticiens titulaires, des élus des personnels enseignants en centre hospitalier universitaire, des élus de contractuels ou travailleurs temporaires, des élus de sages-femmes et maïeuticiens. Bien que cela ne ressorte pas explicitement des textes législatifs ou réglementaires, il est commun que certains personnels soient syndiqués et portés par leurs syndicats respectifs sans que cela ne soit affiché clairement, l’enjeu de la participation à la commission médicale d’établissement étant d’une importance capitale. Le potentiel élu se présente seul mais les votants savent implicitement qu’ils votent pour son syndicat.

D’autres organes jouent un rôle dans la politique d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d’accueil et de prise en charge des usagers,

¹³⁶ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹³⁷ SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, Gualino, 4ème éd., juin 2019, p. 81

Code de la santé publique, article L. 6144-1

¹³⁸ Code de la santé publique, article R. 6144-1

¹³⁹ Code de la santé publique, article R. 6144-3

¹⁴⁰ Code de la santé publique, article R. 6144-3-1

dont la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques¹⁴¹. Cet organe consultatif rend un avis sur : le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, l'organisation de ces soins et l'accompagnement des patients, la gestion des risques, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, la recherche et l'innovation, la politique de développement professionnel continu, la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire.

Sur sa composition¹⁴², la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et comprend des membres élus pour quatre ans au sein de trois collèges composés de cadres de santé, d'infirmiers, de personnels de rééducation et médico-techniques, d'aides-soignants. Le règlement intérieur de chaque établissement fixe, sous certaines conditions, le nombre de membres de la commission.

A nouveau, au regard des attributions de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, bien qu'il ne s'agisse que d'un organe consultatif, il est intéressant pour les syndicats d'y prendre part.

Restent les conseils de pôle. Les activités administratives et de soins sont organisées en pôles d'activités depuis 2005¹⁴³. Il s'agit de découpages, souvent basés sur une logique historique, de proximité géographique ou d'affinités, des structures internes, unités fonctionnelles et services permettant de les regrouper en vue de servir des intérêts médico-économiques et d'offre de proximité pluridisciplinaire. Ces pôles sont placés sous l'autorité d'un chef de pôle et élaborent contrat et projet de pôle fixant les objectifs et moyens du pôle et les missions et responsabilités de chacun.

Entre 2007 et 2009¹⁴⁴, des conseils de pôles d'activité ont été mis en place, avant de perdre leur caractère obligatoire en 2009, afin de répondre à deux attributions : la participation à la

¹⁴¹ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé
Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
Code de la santé publique, article L. 6146-9

¹⁴² Code de la santé publique, article R. 6146-11

¹⁴³ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

¹⁴⁴ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

rédaction du projet de contrat liant pôle et direction, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle ainsi que l'expression du personnel (échange d'information et propositions) concernant l'organisation et le fonctionnement du pôle, notamment au regard de la permanence des soins. Ces conseils sont composés de membres de droit et d'élus pour quatre ans. Parmi les élus se distinguent deux groupes : les médecins, odontologistes et pharmaciens constituent le premier groupe et le second comprend les personnels de la fonction publique hospitalière. Dans l'hypothèse du maintien de ces conseils de pôle, y participer en tant qu'elu est tout à fait essentiel pour les organisations syndicales.

La représentation des organisations syndicales en commission médicale d'établissement, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et conseil de pôle est remarquable. Toutefois, cette participation est limitée à des fonctions consultatives alors que l'enjeu de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers est grand. La part de représentation syndicale dans les organes liés à la sécurité et aux conditions de travail est en revanche davantage appropriée aux organisations syndicales.

§ 2 - La représentation significative des organisations syndicales dans les organes consultatifs chargés de la sécurité et des conditions de travail des établissements de santé¹⁴⁵

La place des syndicats au sein des organes consultatifs chargés de la vie au travail est bien plus importante. Tout d'abord, les commissions administratives paritaires¹⁴⁶, présentes au niveau national (compétentes pour les personnels de direction), en chaque département et établissement (commissions dites locales), ont pour objet de rendre un avis préalable à la prise de décision sur le déroulement de la carrière individuelle d'un fonctionnaire hospitalier

¹⁴⁵ SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, Gualino, 4ème éd., juin 2019, p. 65 à 130

Cette partie est fortement inspirée de cet auteur. Dans un souci de lisibilité, le parti pris a été de ne pas citer intégralement l'auteur mais de reformuler ses idées.

¹⁴⁶ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 22

Décret n°91-790 du 14 août 1991 relatif aux commissions administratives paritaires nationales de la fonction publique hospitalière

Décret n°2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière

titulaire ou stagiaire (titularisation, avancement, licenciement d'un agent en disponibilité ayant refusé trois postes, notes et appréciations, sanction disciplinaire, réintégration, exercice d'une position statutaire...). Elles sont aussi compétentes sur la gestion des corps de la fonction publique. La réforme de la fonction publique de 2019¹⁴⁷ a retiré du champ d'attribution des commissions administratives paritaires de nombreux éléments de sorte que ne restent que les composants liés à : la titularisation, la discipline, le licenciement après trois refus en retour de disponibilité et les révisions de notation. Elles sont mises en place suite à des élections de représentants du personnel ayant lieu tous les quatre ans. Ces élections des représentants du personnel se déroulent en scrutin de liste à deux tours avec représentation proportionnelle. Le second tour n'a lieu que si les organisations syndicales représentatives n'ont déposé aucune liste ou si le taux de participation est inférieur à quarante pourcents des électeurs inscrits.

Il existe une répartition des commissions administratives paritaires selon les catégories de fonctionnaires (A, B et C) ainsi que les corps, grades et emplois hiérarchiquement équivalents. En commission administrative paritaire locale, la désignation des membres se fait après les élections des représentants du personnel, par une délibération du conseil de surveillance. Le président du conseil de surveillance est membre de droit et président des commissions locales. Les autres membres sont choisis pour moitié par le conseil de surveillance, à l'exception des représentants du personnel, et pour moitié parmi les titulaires de catégorie A de l'établissement¹⁴⁸. En clair, les élections de représentants du personnel peuvent donner accès à des agents syndiqués à cette commission qui lie directement le syndicat et la gestion de carrière des agents. C'est un véritable organe de proximité.

A côté de cela, deux autres instances consultatives : le comité technique d'établissement et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Ce sont des organes à compétences spécifiques dont certains membres sont directement désignés par les syndicats.

Le comité technique d'établissement est un organe consultatif représentant les personnels non médicaux stagiaires, contractuels et titulaires de l'établissement. Il est entièrement

¹⁴⁷ Loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, article 4

¹⁴⁸ DERENNE Odile et LAMY Yves (directeurs d'hôpitaux et professeurs en gestion des ressources humaines à l'EHESP), *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitaliers*, Presses de l'EHESP, 10ème édition, 2010, p. 197 à 214

composé de représentants du personnel élus pour quatre ans¹⁴⁹ au scrutin de liste à la proportionnelle avec répartition des restes à la plus forte moyenne¹⁵⁰. Il est obligatoirement consulté, au même titre que la commission médicale d'établissement, sur : les projets de délibération du conseil de surveillance, les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel, le plan de redressement, l'organisation interne de l'établissement, les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants, la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire¹⁵¹. Il peut être consulté sur d'autres sujets tels que l'organisation et les conditions de travail. Il est aussi informé de la situation budgétaire de l'établissement, de ses effectifs, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, des actions de coopération¹⁵². A travers les représentants du personnel élus, les organisations syndicales ont donc accès à des informations et à une fonction consultative non négligeable.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, quant à lui, est une institution consultative contribuant à la protection de la santé et de la sécurité des agents ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail¹⁵³. Il rend un avis sur chacun des documents se rapportant à sa mission : bilan de l'établissement en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, programme annuel de prévention des risques professionnels et des conditions de travail. Il possède donc une mission de contrôle, prévention et d'étude en santé au travail. Il est aussi chargé de l'enquête et l'expertise en cas d'accident du travail. Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est composé de représentants du personnel médical et non médical et est présidé par le directeur général¹⁵⁴. Ainsi, les représentants du personnel rattachés aux organisations syndicales leur offrent une place de choix en matière de santé au travail en établissement de santé.

Le comité technique d'établissement et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail sont voués à fusionner en une instance unique appelée conseil social d'administration

¹⁴⁹ Code de la santé publique, article L. 6144-4

¹⁵⁰ Code de la santé publique, article R. 6144-64

¹⁵¹ Code de la santé publique, article R. 6144-40

Décret n°2010-436 du 30 avril 2010 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé

Décret n°2013-842 du 20 septembre 2013 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé

¹⁵² SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, Gualino, 4ème éd., juin 2019, p. 85 à 87

¹⁵³ Code du travail, articles L. 4612-1 et s.

¹⁵⁴ Code du travail, article R. 4615-9

¹⁵⁵ à l'image du comité social et économique du privé¹⁵⁶. Passer de formations spécialisées à une instance unique fait craindre aux organisations syndicales une perte de pouvoir et d'efficacité : moins de représentants syndicaux seront requis, moins d'heures attribuées. Cette réforme est loin de faire l'unanimité du côté des syndicats. Pour autant, le législateur a pour objectif une instance unique plus efficiente, critiquant le détournement du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail tantôt utilisé comme instance de lutte syndicale. La volonté législative tend à la reconnaissance des spécificités du dialogue social en établissement de santé. Reste à mettre en place cette nouvelle organisation en établissement.

¹⁵⁵ Loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, article 4

¹⁵⁶ Ordonnance n°2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales

Partie 2 - Les attentes et clés quant au renouvellement du dialogue social en établissement de santé en vue de rassembler les professionnels de santé autour de la négociation et de responsabiliser l'ensemble des partis au dialogue

L'image répandue du caractère dépassé du syndicalisme renvoyée dans les médias (Titre 1) ne semble pas freiner les politiques dans leur souci de modernisation du dialogue social par la négociation et d'adaptation aux évolutions du système de santé lui-même (Titre 2).

Titre 1 - Le risque de la désyndicalisation amplifié par les idées reçues accablant les organisations syndicales à l'heure des tensions entre agents, encadrement et direction

Syndicalisme et représentativité, deux concepts dont les limites exagérées dans les médias font obstacle à leur renouvellement dans la fonction publique hospitalière (Chapitre 1) alors que l'intérêt des patients et la marque employeur rapprochent les professionnels de santé parfois méfiants envers leur hiérarchie (Chapitre 2).

Chapitre 1 - Un contexte ambiant de désyndicalisation chez les agents accentué par les médias et éloigné de la modernisation réelle des missions attribuées aux organisations syndicales en établissements de santé

Section 1 - Un attrait pour le syndicalisme difficile à entretenir en raison de la connotation péjorative associée aux syndicats dans les médias et des lacunes de représentativité ressenties par les agents induites par le système lui-même en établissements de santé

§ 1 - La diminution nette de l'engagement syndical des agents hospitaliers : problème ou solution pour le dialogue social et la représentativité ?¹⁵⁷

Globalement, le syndicalisme en France est moins proéminent que dans d'autres Etats européens. L'adhésion à un syndicat dépend de l'existence de systèmes incitatifs à

¹⁵⁷ CRISTOFALO Paula (sociologue et MCF à l'EHESP), *Dialogue social : enjeux et perspectives*, intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques, avril 2019
Cette partie est fortement inspirée de cet auteur. Dans un souci de lisibilité, le parti pris a été de ne pas citer intégralement l'auteur mais de reformuler ses idées.

l'adhésion, voire de systèmes coercitifs. *“Outre l'adhésion obligatoire, les piquets de grève et la violence, certains syndicats possèdent un arsenal d'incitations et de récompenses sélectives : ils offrent des avantages non collectifs à ceux qui adhèrent et les refusent aux autres.”*¹⁵⁸ En France, ces incitations sont telles que des travailleurs approuvent de façon irrégulière et presque clandestine le syndicalisme lié à leur branche, préférant que l'Etat leur garantissent des droits plutôt qu'adhérer à un syndicat. Pourquoi ? Pour certains travailleurs syndiqués, l'engagement envers l'organisation syndicale est désintéressé, voire s'apparente à un sacrifice, ce qui rompt avec la vision individualiste de certains travailleurs non attachés à leur entreprise ou à leur emploi, qu'il est difficile de motiver. La fonction publique regroupe de nombreux profils d'agents dont le sens de l'engagement varie.

En établissement de santé, le syndicalisme ne séduit pas autant que chez les ouvriers. Chez le personnel paramédical, la démarche protestataire correspond davantage à la recherche d'un consensus qu'à la contestation, d'où des taux de participation lors des élections et de syndicalisation souvent assez faibles car les agents se sentent éloignés des débats stratégiques qui s'opèrent avec les directions ou n'ont pas de temps à accorder à ces débats : leur investissement professionnel est tel qu'ils préfèrent se détacher de certains sujets liés au travail au profit de leur vie privée. Un certain apolitisme caractérise donc ces agents.

Le phénomène de désyndicalisation ne touche par ailleurs pas seulement les personnels paramédicaux. Il est plus global. Apparu tardivement dans la fonction publique, le syndicalisme est en perte d'attractivité, tout comme la dimension corporative, auparavant forte et désormais en perte de vitesse, d'autant plus que le dialogue social actuel s'apparente plus à de la concertation qu'à de la négociation. A l'hôpital, le syndicalisme est particulier. Les agents ont tendance à favoriser le pluralisme syndical et un double système de représentation s'exécute, entre instances représentatives du personnel et syndicats, si bien qu'il est possible de parler de syndicalisme institutionnalisé. Le sentiment d'appartenance des agents hospitaliers se limite bien souvent à leur service, voire à un cercle restreint composé de certains agents de leur service partageant le même corps et la même spécialité. A côté de cela, les syndicats, puissants à l'échelle nationale, ne sont pas forcément aussi forts au niveau local, bien que des moyens d'exercice du droit syndical soient à leur disposition. La rencontre

¹⁵⁸ OLSON Mancur (économiste), *Logique de l'action collective*, 1965

des syndicats et agents peut ainsi être infructueuse, les personnels ne se sentant pas forcément bien représentés.

Les limites de la représentativité peuvent être mises en parallèle avec la crise de la démocratie représentative. Selon le mode de scrutin, les élus, censés représenter l'ensemble des électeurs et éventuellement des non-électeurs concernés par l'élection, représentent une partie plus ou moins importante du collège. Les idées et mesures qu'ils prennent représentent ce qu'une part de l'électorat pense mais délaisse une autre partie de l'électorat, qui ne se prononce pas sur la question ou a une opinion différente. En d'autres termes, il est compliqué de rassembler l'ensemble d'un collège comme il est difficile de voir l'intégralité de ses idées prônées par un élu. L'adhésion est à degrés variables : elle peut par exemple être absente, à moitié ou totale. C'est le phénomène qui s'applique aussi aux agents hospitaliers envers les syndicats. L'adhésion est parfois limitée en ce que les idées diffèrent. La légitimité de l'organisation est ainsi parfois discutée.

En fait, la désyndicalisation des agents hospitaliers est réelle, d'où la nécessité pour les syndicats de se renouveler et de lutter contre la mauvaise image qui leur est attribuée car le syndicalisme est essentiel à l'hôpital et aux relations sociales qu'il abrite. L'étouffer ne rendrait pour autant pas service au système de santé, notamment au regard du dialogue social et de la représentativité des agents.

§ 2 - Le syndicalisme hospitalier vu par les médias : facteur de désyndicalisation ?

Sans prendre en compte le contexte actuel de crise sanitaire due au coronavirus qui a modifié le regard de l'opinion publique sur le personnel hospitalier, le regard porté par les médias sur le syndicalisme en général est plutôt péjoratif. La représentation des grèves et mouvements sociaux à la télévision en est caractéristique : elle est plus souvent dénigrante et disqualifiante que valorisante¹⁵⁹. Est critiqué le choix opéré par les rédacteurs privilégiant des contenus qui feront des vues plutôt que des contenus réalistes, représentatifs du mouvement dans son ensemble. C'est le cas pour les manifestations des gilets jaunes ou l'épisode de la

¹⁵⁹ BANTIGNY Ludivine (historienne, maître de conférence, spécialiste de l'histoire de Mai 68), in. LABRACHERIE Juliette (journaliste), *La représentation médiatique porte à croire que le monde ouvrier n'existe plus*, *La revue de médias*, 29 octobre 2019
<https://larevuedesmedias.ina.fr/classe-ouvriere-lutte-representation-mediatique>

chemise déchirée du directeur des ressources humaines d'Air France. L'émotion est recherchée, la violence est montrée, or la réalité est oubliée et le mouvement social est disqualifié.

Le parti pris de la représentation visuelle a été choisi par les médias, notamment depuis les années 1980. L'idée était d'en "*finir avec les conflits sociaux, les classes sociales, la lutte des classes*", d'accepter "*le capitalisme*", et "*qu'il n'y avait pas d'alternative*", ce qui rompt totalement avec la culture ouvrière originelle. L'entreprise est présentée comme une "*entité non conflictuelle*". Le monde ouvrier n'est plus représenté alors qu'il représente une part non négligeable d'emplois en France. Le nom des fonctions ouvrières est modifié, à tel point que les conditions de travail difficiles sont presque oubliées. Les médias entendent les rendre invisibles par leurs choix de rédaction et montrer une image négligée des syndicats, des organisations syndicales dépassées. Or cette représentation fléchée est irréaliste et maintient les tensions et la défiance. De plus, les images rapportées sont ensuite partagées voire réutilisées à travers les réseaux sociaux, ce qui fait monter la colère.

La logique est assez ressemblante pour ce qui est de l'hôpital. Les images des soins et séjours sont de plus en plus nombreuses et démocratisées, malgré le secret médical, la dureté du travail et de la vie quotidienne dans certains services, mais la parole n'est pas donnée aux aides soignants directement ; ce sont les cadres et médecins qui répondent aux journalistes, ou alors des agents syndiqués, à noter que ces agents syndiqués sont parfois si engagés dans le syndicalisme qu'ils n'exercent parfois que très peu comparés à leurs semblables. La parole n'est pas forcément libre non plus : certains craignent des représailles du côté de leur encadrement ou direction.

Un choix est donc là aussi opéré pour toucher l'audience ou laisser la place aux experts. L'objectif principal n'est pas forcément de montrer la réalité du terrain, hormis dans des documentaires spécifiques. Le but n'est pas non plus d'ouvrir un débat entre deux opposants. Le discrédit des syndicats face aux experts sachants tels que les médecins peut facilement ressortir d'un débat guidé par un journaliste partisan de l'expert, notamment si le syndicat a tendance à perdre son calme. Le montage permet aussi de choisir ce qui sera vu ou non. Cette stratégie d'audience a parfois tendance à retirer de la légitimité aux syndicats et à les entourer d'une image vieillissante, pas suffisamment moderne, les renvoyant à leurs origines, alors qu'ils ont évolué dans leurs idées et préoccupations.

Section 2 - Une évolution effective des missions attribuées aux organisations syndicales vers la prise en considération de la qualité de vie au travail et des relations entre les multiples acteurs des établissements de santé

§ 1 - L'ouverture tendancielle des missions syndicales vers le bien-être et la qualité de vie au travail à l'hôpital

Dans les années 1970, le concept de qualité de vie au travail¹⁶⁰ fait son apparition dans le monde du travail et les préoccupations salariales. En France, il était davantage question d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels. Il faut attendre 2013¹⁶¹ pour que la qualité de vie au travail trouve une base juridique engageante contraignant l'Etat.

Le concept a évolué. D'abord compris comme impactant la productivité et dépendant de l'organisation du travail et des méthodes de production dans les années 1950, des auteurs ont démontré qu'il s'avérait que la qualité de vie au travail relevait des obligations des employeurs visant à être en capacité d'articuler les dimensions humaines, sociales et techniques de travail. L'employeur apporte son soutien aux individus, sur le plan psychologique comme productif. De l'importance est donnée au collectif comme à l'autonomie des individus. Les agents sont invités à participer aux décisions impactant le collectif, ce qui peut se faire par l'intermédiaire de représentants.

Or l'engagement en ce sens n'étant pas toujours suffisant, des politiques publiques sont menées afin de garantir une qualité de vie au travail dans le secteur de la santé. C'est un enjeu mené par les agences régionales de santé¹⁶² : prévenir la souffrance au travail. La stratégie de ces politiques publiques correspond à l'amélioration des conditions de travail, de la sécurité des professionnels, la prévention et la prise en charge de la souffrance au travail.

¹⁶⁰ Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, *Brève histoire d'un concept*, 25 novembre 2013

<https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept>

¹⁶¹ Accord national interprofessionnel : Qualité de vie au travail, 19 juin 2013

¹⁶² Agence régionale de santé, Stratégies nationales d'amélioration de la qualité de vie au travail pour les professionnels exerçant en établissement et en ambulatoire, *in. La qualité de vie au travail des professionnels de santé*, 24 juillet 2019

<https://www.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante?parent=5348>

Pour les professionnels du milieu hospitalier ou médico-social, des actions ont été mises en place. L'Observatoire des violences en milieu de santé¹⁶³ a été créé. Des formations concernant la qualité de vie au travail et la détection des risques psychosociaux sont apparues. Des équipes pluridisciplinaires (psychologues, assistants sociaux...) ont été mises en place au niveau des groupements hospitaliers de territoire pour renforcer les services de santé au travail. Le métier de médecin du travail a été revalorisé.

Au niveau du quotidien des professionnels de santé, la qualité de vie au travail est discutée en commission médicale d'établissement et fait partie du projet d'établissement. Les politiques sociales ont été renforcées : mise en place de baromètres sociaux et d'autres outils de mesure de la charge des soins, automatisation des réunions d'équipe, des entretiens annuels individuels... La sécurité des professionnels doit continuellement être repensée. La conciliation entre vie professionnelle et vie privée est préservée au maximum.

En matière d'accompagnement au changement et de détection des risques psychosociaux, une charte d'accompagnement des professionnels en cas de restructuration peut être créée, de même que des actions de sensibilisation (sur les troubles musculo-squelettiques par exemple). Des groupes de parole et de travail peuvent être mis en place pour lutter contre les risques psychosociaux. Le recueil et l'analyse des événements indésirables graves liés à un risque psychosocial permettent aussi d'avancer sur ce thème. Les cadres participent aussi grandement à la qualité de vie au travail à travers leur management et la gestion des plannings.

Concrètement, l'activité syndicale d'accompagnement individuel des agents en termes de qualité de vie au travail est assez pragmatique. Il s'agit bien souvent de conseil concernant les événements interrompant la position d'activité¹⁶⁴ du fonctionnaire, comme sur les congés, les accidents du travail¹⁶⁵, les maladies professionnelles¹⁶⁶, l'inaptitude¹⁶⁷, le reclassement¹⁶⁸

¹⁶³ Circulaire n°DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique

¹⁶⁴ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 40

¹⁶⁵ Code de la sécurité sociale, article L. 411-1

¹⁶⁶ Code de la sécurité sociale, article L. 461-2

¹⁶⁷ Code du travail, articles L. 4624-4 et R. 4624-42 à 45

¹⁶⁸ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 71 à 76

... Ce sont d'avantage ces tracas qui constituent le dialogue informel entre syndicats et cadres. Les syndicats sont des interlocuteurs sachants proches des agents. Les agents vont avoir tendance à se confier plus facilement qu'à leur encadrement, notamment si les rapports sont tendus.

§ 2 - La défense quotidienne d'intérêts individuels et collectifs opérée par les organisations syndicales hospitalières

Parmi les rendez-vous de rencontre avec l'administration visant à faire remonter les attentes des personnels et discuter des projets de réforme, des situations plutôt concrètes sont gérées entre syndicats et directions. Il s'agit pour les syndicats d'assurer la défense collective et individuelle des intérêts des agents, au niveau national comme local. Cette défense passe par la communication : les informations doivent descendre des instances vers les agents et ces derniers doivent être informés de leurs droits et devoirs. Par ailleurs, les informations ne doivent pas être déformées. Un climat apaisé de dialogue social n'encourage pas à la défiance, ce qui est essentiel dans une relation de subordination telle que celle de travail.

En cas de conflit, voire même hors conflit, les syndicats servent d'intermédiaire entre agents et directions ou encadrement. Ils ont l'expérience de gestion des crises internes et du terrain car sont également agents. Leur compréhension des situations conflictuelles est donc remarquable. En cas de désaccord persistant, ils peuvent engager des actions de protestation (grève, manifestation, pétition...). Ils disposent à ce titre de moyens d'actions tels que le droit de réunir des agents, d'afficher des documents, de distribuer des tracts syndicaux...

Pour gérer des situations individuelles, ils peuvent accompagner des agents à une rencontre ou un entretien, défendre les agents en instance, soutenir les agents en cas de litige. Concernant l'accompagnement d'un agent, cette permission découle du code du travail¹⁶⁹. L'article peut être interprété de façon à ce que s'opposer à cet accompagnement corresponde à faire obstacle à l'exercice des droits syndicaux, ce qui pourrait faire l'objet d'un recours. De tels agissements ne participent pas à l'apaisement des tensions mais concourent à faire respecter des intérêts individuels.

Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé

¹⁶⁹ Code du travail, article L. 2131-1

La défense d'intérêts individuels et collectifs peuvent également passer par la voie des conventions collectives. Les syndicats étant représentatifs d'un secteur d'activité en particulier, ici l'hôpital, ils sont à même de signer avec l'Etat des accords collectifs négociés au niveau national ou local et portant sur les conditions de travail. La signature d'accords collectifs est toutefois soumise à quelques limites. Il convient en premier lieu de veiller à l'étendue de l'application des accords (national, régional, départemental, local). Dans certains cas, seuls les employeurs signataires ou membres d'une organisation adhérente seront concernés par l'accord mais il est aussi possible qu'un texte réglementaire ait rendu obligatoire l'application du texte à l'ensemble des employeurs d'une branche ou d'un secteur. Il faut donc veiller à l'étendue d'application de l'accord. Peuvent aussi exister des réserves ou exclusions de l'accord.

Au moment de la retraite, les représentants des anciens fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales¹⁷⁰ bénéficient également d'une représentation au sein du conseil d'administration de la caisse. Sa composition est paritaire : huit membres titulaires représentent les affiliés et huit membres titulaires représentent les employeurs publics, auxquels s'ajoutent les suppléants. Les présidents des conseils supérieurs de la fonction publique territoriale et hospitalière peuvent aussi assister aux séances du conseil sans voix délibérative toutefois. La représentation syndicale ne s'arrête donc pas au moment de la carrière pour les hospitaliers.

Chapitre 2 - Une tension dans les rapports hiérarchiques souvent assise sur une méconnaissance des missions de chacun et de fausses idées pouvant être dépassées par un objectif commun : l'intérêt des patients et de l'établissement de santé employeur

Section 1 - Le développement problématique d'une défiance des agents envers leur encadrement de proximité et la direction de l'établissement de santé

¹⁷⁰ Ordonnance n°45-993 du 17 mai 1945 relative aux services publics des départements et communes et de leurs établissements publics

§ 1 - La limite fine entre confiance et défiance du personnel hospitalier envers l'encadrement de proximité

Qualifiés de “*maillon central*”, de “*pilier du service*”, de “*clef du changement*”¹⁷¹ par les médecins et directions, les cadres hospitaliers peuvent se définir par leurs fonctions : management d'équipes et d'organisations, responsabilité de projets et de politiques transversales, expertise, formation. Leur travail est constitué de missions de coordination, d'encadrement, d'organisation du travail, des tâches dont le résultat est moins visible et concret que pour un acte de soin. Ce décalage entre soignants et administratifs n'est pas sans causer problème en ce qu'il a tendance à entretenir une défiance entre certains cadres et agents.

Cette défiance peut être amplifiée par le fait que le supérieur hiérarchique d'un agent, le cadre, n'a parfois jamais exercé de fonctions de soins. La distance entre l'administratif et le terrain est alors reprochée. D'où tire-t-il sa légitimité dans ce cas pour diriger des soignants ? De sa formation seule. A partir de là, il est complexe pour certains cadres de trouver leur place, d'autant plus dans un contexte où ils sont discrédités.

Leur position n'est pas la plus confortable. Entre directions, chefs de pôle, cadres supérieurs, directeurs des soins, médecins et agents, quelle place adopter pour ne froisser personne, sans court circuiter les rapports hiérarchiques ? C'est un travail quotidien de compromis et de dialogue social auquel s'attelle le cadre. L'équilibre à maintenir au sein du service correspond à son objectif. C'est également ce même cadre qui doit faire face aux situations d'urgence et imprévues telles que la panne d'un matériel ou l'absentéisme. Au-dessus de ses épaules, les exigences sont nombreuses : qualité des soins et de la prise en charge, sécurité des soins, progrès techniques, amélioration des pratiques... C'est un jeu minutieux auquel le cadre joue chaque jour.

Sans oublier une certaine interrogation quant à sa place dans le système hospitalier : est-il davantage proche des soignants ou des directions ? Tout est une question de perception. En revanche, au regard de leurs missions en termes de gestion de cas individuels, les

¹⁷¹ DE SINGLY Chantal (directrice de l'Institut de management de l'EHESP, ancienne directrice d'hôpital, directrice générale de l'Agence régionale de santé Océan Indien), *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports, 11 septembre 2009

organisations syndicales sont souvent confrontées aux cadres. La relation entre agents et cadres de proximité est parfois tendue, d'où l'intervention d'un tiers pour défendre les intérêts de la partie la plus faible de la relation de travail : l'agent. Dans l'hypothèse d'un cadre distant de ses équipes, l'autonomie de celles-ci a tendance à se développer davantage mais si le cadre est trop distant, le sentiment de méfiance envers lui est grandissant, ce qui n'aide pas à manager. Les équipes se tournent alors vers les syndicats car elles ont l'impression d'être dupées. Les informations émanant des directions qui me sont rapportées sont-elles justes ? Dois-je me méfier de mon cadre ? Est-ce qu'il ne m'a pas accordé ce congé car il ne m'apprécie pas ? Dois-je m'en inquiéter pour mon évaluation ?

Ce qui peut s'avérer d'autant plus complexe est que certains agents n'ont pas connaissance de l'identité des directeurs et ont pour seules références en termes de hiérarchie leurs cadres, et personne d'autre en dehors du service, ce qui a pour effet de concentrer le manque de confiance envers une seule personne : le cadre de proximité. Si l'encadrement est effectué par deux cadres, le duo peut être perçu de façon péjorative et donner l'impression de comploter contre les agents, ce qui fait à nouveau monter la défiance, parfois mêlée de jalousie. Cette situation n'est pas générale mais a tendance à faire augmenter en nombre l'intervention des syndicats. Le dialogue social de proximité est complexe dans un climat aussi tendu.

§ 2 - L'éloignement caractéristique de la relation entre direction et agents source d'incompréhension

Les rapports entre direction et agents sont rares. Les agents n'ont parfois même pas connaissance de l'identité de leur directeur. Ainsi, instaurer une relation de confiance dans ce contexte paraît compliqué, d'autant plus que les seuls moments où la rencontre a lieu sont en général des instances ou négociations de grève, l'ambiance est donc tendue. A cela s'ajoute le cadre de proximité, toujours dans une position inconfortable, en ce qu'il doit faire bonne figure auprès de sa hiérarchie et ne pas contrarier ses agents. Par ailleurs, les agents peuvent éprouver une défiance à l'égard de la direction en raison du fait que les directeurs sont des administratifs qui n'ont pas nécessairement exercé les mêmes fonctions qu'eux, ni été sur le terrain du soin. L'impression que la direction ne comprend pas le terrain peut vite transparaître et les échanges ne pas être constructifs.

Comment expliquer cette opposition tantôt virulente entre direction, syndicats et agents ? Parmi les fonctions d'encadrement, les responsabilités diffèrent¹⁷². Ainsi, commettre une erreur dans le travail n'aura pas les mêmes conséquences selon son auteur. Un expert (médecin ou infirmier) qui commet une erreur aura anticipé celle-ci et ses conséquences négatives en qualité et en risques pour la sécurité. Ce n'est pas le cas des gouvernants (cadres de direction) et des surveillants (cadres de santé), moins omniscients dans cette situation. *“Pour ce qui est des risques encourus pour leur propre sécurité ou celle d'autres personnes, les surveillants s'estiment même encore moins concernés que les non chefs.”* A l'hôpital, cette déculpabilisation peut jouer des tours à l'encadrement.

Pour ce qui est des contraintes de rythme, même analyse : ce sont les experts les plus exposés car en contact avec les patients et en interdépendance avec leurs collègues. C'est l'exemple du personnel paramédical et médical, la première ligne. Les erreurs sont faiblement tolérées, ils subissent les contraintes budgétaires et temporelles de plein fouet ainsi que les tensions éventuelles. *“Le travail des gouvernants et des surveillants apparaît de même moins contraint que celui des experts. Ils estiment en particulier exercer eux-mêmes nettement moins souvent sous surveillance hiérarchique.”*

Ces inégalités sont à la source de tensions entre direction et agents. Pour autant, ces idées reçues pourraient être amoindries voire supprimées grâce à la pédagogie et la communication. Si les agents pouvaient donner du sens aux missions des directions et cadres, cette méprise sur les tâches de chacun pourrait être évitée et la méfiance serait injustifiée. Cette compréhension et bienveillance à l'égard de chacun des acteurs de l'hôpital nécessite également l'apprentissage du fonctionnement et de l'organisation d'un tel établissement. Aux agents de s'investir ensuite ou non dans la compréhension de l'hôpital.

Section 2 - Le dépassement des tensions entre agents et encadrement dans l'intérêt du patient par de nouvelles méthodes managériales et l'union autour de la prise en charge et du parcours de soins

¹⁷² JOUNIN Nicolas et WOLFF Loup (sociologue et MCF, statisticien et sociologue), *Document de travail : Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Série Etudes, n°64, octobre 2006, p. 103 à 107

§ 1 - Le nouveau management en établissements de santé, la clef de l'entente entre agents et encadrement

Le *new public management* est “décliné dans l'ensemble des administrations”¹⁷³. Il marque la modernisation des établissements publics, avec la place grandissante du contrat, que ce soit avec les agences régionales de santé, le projet d'établissement, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, ou encore les agents contractuels.

S'oppose *a priori* tout de même à cette modernisation dans l'esprit le statut de la fonction publique¹⁷⁴, évoquant des rapports hiérarchiques, sanctions disciplinaires... Par ailleurs, le modèle de management répandu dans les entreprises est celui du *fast management* depuis les années 1980 et semble désormais dépassé¹⁷⁵ au regard de la prise en considération de nouveaux enjeux dans les relations sociales telles que la qualité de vie au travail. Les employeurs se tournent davantage vers un *slow management* bienveillant. Il s'agit d'un “*management de proximité beaucoup plus impliquant pour l'organisation et l'humain*”. Les agents sont des collaborateurs, des bonnes pratiques sont prônées (amabilité, respect, écoute, empathie, confiance). Derrière cela se cache la recherche de la qualité de vie au travail.

Mettre en place un management bienveillant à l'hôpital ne paraît pas impensable. Les règles de base sont la politesse, le respect, l'indulgence... La motivation est aussi nécessaire de la part des agents et de la direction. Une direction exemplaire volontaire qui émet une stratégie visant à modifier le comportement de ses cadres les plus négligents est essentielle. Il s'agit de mettre au coeur du travail et de l'établissement des valeurs communes, et pour le service public hospitalier, l'accueil et la prise en charge sécurisée et de qualité des patients est un bon début. Enfin, c'est un objectif qui demande de la patience, certaines habitudes étant ancrées dans les personnalités.

Les objectifs de ce changement de perspective sont très ambitieux et intéressants pour les cadres qui font face chaque jour à l'absentéisme. Un agent motivé respecté sera davantage volontaire et efficace. Il aura envie de se former, de s'engager plus dans la vie de

¹⁷³ SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, éd. Gualino, 4ème éd., juin 2019, p. 125 et 126

¹⁷⁴ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite Le Pors

¹⁷⁵ SCHETTING Hélène (professeur de management, coach en intelligence émotionnelle et bienveillance en entreprise), *Comment devenir un manager bienveillant en 6 points clés ?*, *Forbes France*, 10 février 2017 <https://www.forbes.fr/management/comment-devenir-un-manager-bienveillant/?cn-reloaded=1>

l'établissement. Il s'agit pour l'agent de s'accomplir professionnellement et humainement. A travers ce management, il est de plus en plus aisé de prévenir les risques psychosociaux. Reste à voir si ce management bienveillant est efficace dans la durée ou s'il a tendance à montrer des limites en termes de proximité trop importante entre agents et encadrement.

§ 2 - Le rassemblement des acteurs de la prise en charge autour du patient et de leur établissement

La motivation principale des agents hospitaliers réside en le fait de donner la meilleure prise en charge possible aux patients et de sauver des vies. Cet objet fonde l'union de l'ensemble des personnels de santé concourant à sa réalisation. La prise en charge sécurisée et de qualité et le parcours de soins gradué ont tendance à rassembler l'ensemble des agents et à les souder autour d'un objectif commun louable légitime.

Sur certains sujets touchent moins globalement le personnel, les positions divergent et l'union est moins aisée. Dans le cadre de réformes, l'esprit de corps peut diviser les personnels. De même, au sein de ce corps, des inégalités peuvent à nouveau diviser. Pour autant, les soins ne doivent pas se détourner de leur efficience obligatoire en termes de sécurité et de qualité.

La direction des ressources humaines peut, afin d'éviter une scission trop importante, tenter de rassembler les agents de services différents autour d'un objectif commun supplémentaire : faire vivre son établissement et le maintenir compétitif. Cette idée, proche du modèle de fonctionnement privé, vise à concourir à l'attractivité de l'établissement, dans un secteur où les besoins sont tels que la concurrence est impitoyable, mais aussi à maintenir voire développer sa performance. Il s'agit ainsi pour l'établissement de développer son identité, sa marque employeur¹⁷⁶.

La marque employeur correspond à un *“ensemble de caractéristiques d'une marque, d'un employeur auprès de ses (agents) et surtout auprès de ses futurs (agents).”* *“Elle s'articule autour de trois axes principaux.”* D'abord, elle doit permettre de définir une offre de ressources humaines, soit ce qui est offert aux salariés en termes de management, de carrière,

¹⁷⁶ ROBIN SANCHEZ Nathalie (professeure en management et gestion ressources humaines à l'EHESP), *La marque employeur à l'hôpital*, in. [fhf.fr](http://mooc-attractivite.fhf.fr/module-2-projet-social-medical/accueil-des-internes-et-des-jeunes-medecins/module_2_marque_employeur/)
http://mooc-attractivite.fhf.fr/module-2-projet-social-medical/accueil-des-internes-et-des-jeunes-medecins/module_2_marque_employeur/

de développement professionnel. Ensuite, il s'agit de l'image de l'hôpital en interne auprès des agents, avec la perception des conditions de travail. Enfin, l'image externe de l'établissement de santé constitue l'élément final de la marque employeur. C'est comment l'hôpital est perçu par de potentiels agents extérieurs.

L'idée est d'attirer et de fidéliser le personnel intérieur comme extérieur, autour d'une identité de l'établissement et de valeurs partagées. Pour le CHU de Tours, ces valeurs sont l'engagement collectif, le respect, l'excellence et la loyauté. Il convient de veiller à la réputation et à la visibilité de l'hôpital. A l'ère du digital, le monde hospitalier est accessible de n'importe où à travers les réseaux sociaux. Il faut donc veiller à l'image que renvoie l'établissement. Par ailleurs, la carrière doit offrir aux fonctionnaires la possibilité de s'épanouir professionnellement, d'être bien au travail. Du point de vue de l'établissement, la marque employeur est un moyen d'attirer les meilleurs agents qualifiés détenteurs de compétences critiques, c'est-à-dire de soins (médecins, infirmiers), dans un contexte de pénurie et de concurrence entre établissements de santé. L'hôpital doit être comme un aimant pour les professionnels.

Titre 2 - La modernisation nécessaire du dialogue social par l'avènement de la négociation dans les rapports sociaux en adéquation avec la nouvelle gouvernance hospitalière et les nouveaux enjeux de santé publique

L'instauration d'une nouvelle gouvernance hospitalière dans les textes a quelque peu effrayé les syndicats mais s'est accompagnée d'une ouverture aux négociations (Chapitre 1) visant à poursuivre l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la gestion des établissements et à répondre aux nouveaux enjeux de santé publique (Chapitre 2).

Chapitre 1 - Le déploiement de la négociation d'accords locaux comme solution à l'installation d'une nouvelle gouvernance hospitalière influant nécessairement le dialogue social

Section 1 - L'impact considérable de la nouvelle gouvernance hospitalière sur le renouvellement du dialogue social en établissement de santé

§ 1 - L'interrogation montante des organisations syndicales quant au développement de la coopération entre établissements de santé et ses conséquences

Depuis la loi de 2009¹⁷⁷, la coopération¹⁷⁸ au sein du secteur de la santé prend un nouveau tournant. Incitant les coopérations transversales avec les secteurs privé, médico-social et la médecine de ville en se basant sur le territoire et la proximité, de multiples régimes juridiques sont apparus ou ont évolué pour former le système actuel. Les

¹⁷⁷ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁷⁸ Code de la santé publique, article L. 6134-1

entités les plus répandues sont les groupements de coopération sanitaire¹⁷⁹ et les groupements hospitaliers de territoire¹⁸⁰. Il s'agit des deux piliers de la coopération dans la loi depuis 2019¹⁸¹ notamment. Ils permettent de mutualiser les ressources des établissements et d'expérimenter de nouvelles modalités de gouvernance, sans pour autant oublier les soins de ville grâce aux communautés professionnelles territoriales de santé¹⁸².

Les groupements hospitaliers de territoire sont obligatoires depuis 2016¹⁸³. Ils ont bouleversé le paysage des établissements de santé et leur logique. Leur apparition dans le système de santé complexifie le système tout en précisant les attributions des différents acteurs et en affinant l'approche territoriale¹⁸⁴. Ils impactent également l'importance du cycle budgétaire, modifiant la logique jusqu'alors tournée vers un seul établissement à un groupe. Cela a des répercussions sur des documents tels que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens¹⁸⁵ et les projets d'établissement¹⁸⁶ par exemple. De nombreux éléments de gestion des hôpitaux sont délégués et gérés en commun par l'établissement support : les systèmes d'information convergent, la stratégie est globale, les achats sont groupés, l'information médicale est territorialisée, la formation entendue en général est gérée pour le groupement, et d'autres fonctions facultatives s'ajoutent. Le groupement hospitalier de territoire a en effet pour objet de mettre en oeuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient et d'assurer la rationalisation des modes de gestion dans le cadre du projet médical partagé¹⁸⁷.

L'impact de l'instauration des groupements hospitaliers de territoire sur le dialogue social institutionnel et informel est remarquable. Concernant le dialogue social informel, l'échange entre syndicats et gestionnaires du groupement peut être moins aisé, notamment pour les représentants du personnel d'un hôpital modeste auprès des représentants du groupement de l'établissement support. La question est donc de savoir si cette difficulté pratique due au fait

¹⁷⁹ Code de la santé publique, articles L. 6133-1 et s.

¹⁸⁰ Code de la santé publique, articles L. 6132-1 et s.

¹⁸¹ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

¹⁸² Code de la santé publique, articles L. 1434-12 et s.

¹⁸³ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹⁸⁴ SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, Gualino, 4ème éd., juin 2019, p. 125

¹⁸⁵ Code de la santé publique, articles L. 6114-1 et s.

¹⁸⁶ Code de la santé publique, article L. 6143-2

¹⁸⁷ Code de la santé publique, articles R. 6132-3 et s.

de ne pas être sur le même site est atténuée par le dialogue social institutionnel du groupement hospitalier de territoire.

Des instances spécifiques ont été prévues pour le groupement en 2019¹⁸⁸, en prévision des futures élections professionnelles. Un collège médical ou une commission médicale de groupement¹⁸⁹ peut être créée après avis favorable de la commission médicale d'établissement. Sa composition comprend des représentants du personnel, comme pour son homologue au niveau de l'établissement, mais est décidée dans la convention constitutive de groupement, tout comme ses missions.

D'autres instances consultatives de groupement sont prévues dans le code de la santé publique, notamment le comité stratégique du groupement¹⁹⁰, rendant des avis sur le projet médical partagé et la mutualisation des fonctions. En revanche, sa composition n'est pas définie dans les textes. Il peut s'apparenter à une instance mixant les attributions du conseil de surveillance et celles du directoire pour un établissement.

Une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement¹⁹¹ peut aussi être créée, contenant des représentants du personnel et similaire à celle de l'établissement de santé. A ces instances s'ajoutent comité ou commission des usagers de groupement¹⁹² et comité territorial des élus locaux¹⁹³. Le dialogue social institutionnel en groupement hospitalier de territoire est donc avant tout formel.

§ 2 - L'incertitude et la perplexité syndicale quant à l'instauration de la nouvelle gouvernance hospitalière et sa compatibilité avec le renouvellement du dialogue social¹⁹⁴

Les lois et règlements encadrant l'activité hospitalière ne suffisent pas à eux seuls à organiser l'ensemble de la gouvernance hospitalière. *“Le positionnement des différents*

¹⁸⁸ Décret n°2019-405 du 2 mai 2019 relatif aux activités pharmaceutiques du service de santé des armées et à la coopération entre ce service et les acteurs de santé

¹⁸⁹ Code de la santé publique, article R. 6132-9

¹⁹⁰ Code de la santé publique, article R. 6132-10

¹⁹¹ Code de la santé publique, article R. 6132-12

¹⁹² Code de la santé publique, article R. 6132-11

¹⁹³ Code de la santé publique, article R. 6132-13

¹⁹⁴ SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, Gualino, 4ème éd., juin 2019, p. 126 à 130

Cette partie est fortement inspirée de cet auteur. Dans un souci de lisibilité, le parti pris a été de ne pas citer intégralement l'auteur mais de reformuler ses idées.

acteurs y concourt également". A l'hôpital, trois pouvoirs coopèrent : *"le pouvoir administratif, le pouvoir médical et le pouvoir syndical. Deux au moins doivent être en concorde pour obliger éventuellement le troisième, et permettre la mise en oeuvre d'un projet"*. *"Deux pouvoirs externes"*, *"le pouvoir politique et le pouvoir de tutelle"*, ainsi que *"deux pouvoirs en devenir"*, *"celui des professionnels paramédicaux et celui des usagers"*, peuvent aussi être déterminés. Ensemble, ces détenteurs de pouvoir construisent l'hôpital d'aujourd'hui et celui de demain.

En réalité, depuis 2009¹⁹⁵, deux pouvoirs dominant : le pouvoir médical et le pouvoir administratif. Avec l'extension des attributions du directeur général également président du directoire¹⁹⁶, le pouvoir administratif a été renforcé. Quant au pouvoir médical, les pôles et la commission médicale d'établissement, ainsi que le directoire, forment son assise principale. Les groupements hospitaliers de territoire¹⁹⁷ et leurs instances¹⁹⁸ renforcent également cette alliance médico-administrative.

Quant au pouvoir syndical, il est involontairement la victime des réformes hospitalières en ce que son ascension est moins importante que celle des pouvoirs médical et administratif. Exclu de la composition du directoire, les dénonciations faites en comité technique d'établissement sont vigoureuses, pourtant elles ne sont pas traitées au plus haut niveau des instances de concertation. De plus, les commissions administratives paritaires¹⁹⁹ ont été écartées de certaines prérogatives telles que la gestion individuelle des agents, ce qui repousse d'autant plus l'action syndicale. Dernièrement, la loi de 2019²⁰⁰ a entendu faciliter les mobilités grâce à la suppression de l'examen préalable des demandes de mutation et de celui des promotions par les commissions administratives paritaires. Les organisations syndicales sont à nouveau écartées. C'est cette impression de rejet qui nourrit les véhémences syndicales. Les trois pouvoirs sont déséquilibrés. La nouvelle gouvernance hospitalière prometteuse au sens du pouvoir politique ne l'est pas tant du côté des syndicats.

¹⁹⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁹⁶ Code de la santé publique, article L. 6143-7

¹⁹⁷ Code de la santé publique, articles L. 6132-1 et s.

¹⁹⁸ Code de la santé publique, articles R. 6132-9 et s.

¹⁹⁹ Accord relatif à l'avenir de la fonction publique : La modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations, 16 octobre 2017

<https://www.fonction-publique.gouv.fr/ppcr-parcours-professionnels-carrieres-et-remunerations>

²⁰⁰ Loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique

En pratique, chaque culture locale fait varier l'équilibre ou le déséquilibre entre les pouvoirs. Afin de conserver un dialogue social apaisé, d'éviter grève, droits de retrait et enquêtes du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, il convient pour les directions de ne pas se contenter d'un dialogue social institutionnel formel. L'ouverture vers les négociations locales paraît alors être une solution adéquate à cette problématique.

Section 2 - L'ouverture progressive du dialogue social aux négociations entre organisations syndicales et directions à l'échelle locale

§ 1 - L'essor modernisateur d'une véritable culture de la négociation mettant en scène syndicats et directions au sein des politiques publiques de la fonction publique hospitalière²⁰¹

Au sens des politiques publiques, la modernisation du dialogue social renforçant les partenaires sociaux et responsabilisant l'ensemble des parties au dialogue passe par l'introduction d'une *“vraie culture de la négociation”*²⁰². Pour la fonction publique hospitalière, c'est à travers les organisations syndicales et par le mécanisme de la représentation que les négociations vont se tenir. En effet, les syndicats de personnels hospitaliers ont qualité pour négocier au niveau national concernant l'évolution des rémunérations ou du pouvoir d'achat des agents publics avec le gouvernement et ses représentants ainsi que les employeurs de la fonction publique. Le statut originel²⁰³ leur donne également qualité pour négocier, avec les autorités compétentes, concernant certains thèmes énumérés par la loi : les conditions, l'organisation du travail et le télétravail, le déroulement des carrières et la promotion professionnelle, la formation professionnelle et continue, l'action sociale et la protection sociale complémentaire, l'hygiène, la sécurité et la santé au travail, l'insertion professionnelle des personnes handicapées, l'égalité

²⁰¹ CRISTOFALO Paula (sociologue et MCF à l'EHESP), *Dialogue social : enjeux et perspectives*, intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques, avril 2019

Cette partie est fortement inspirée de cet auteur. Dans un souci de lisibilité, le parti pris a été de ne pas citer intégralement l'auteur mais de reformuler ses idées.

²⁰² Discours de Myriam El Khomri (ancienne Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social) lors de la commission nationale de la négociation collective, 24 février 2016

²⁰³ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite Le Pors, article 8 bis
Loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, article 1er

professionnelle entre les hommes et les femmes. C'est le point de départ de l'incitation à la négociation locale et c'est aussi un bouleversement dans le schéma de fonctionnement habituel de la fonction publique : les organisations syndicales peuvent négocier avec l'Etat, le dialogue est ouvert. Quelques limites toutefois, notamment avec le principe de faveur en vertu duquel une négociation initiée à un niveau inférieur ne peut pas remettre en cause le résultat d'une négociation de niveau supérieur.

Cette culture de la négociation est arrivée progressivement dans le quotidien des acteurs de santé. Les accords de Bercy du 2 juin 2008 marquent le premier tournant en ce sens. Parvenant à rassembler six syndicats de fonctionnaires sur huit (UNSA, FSU, Solidaires, CGT, CFDT, CGC), il a opéré des changements radicaux dans la logique de prise de décisions favorisant la responsabilité et la légitimité des acteurs du dialogue social et mettant en place des méthodes et outils de négociation et concertation adaptés aux nouveaux enjeux de gestion publique. Confortés par une loi de 2010²⁰⁴, les établissements de santé qui ne respectent pas ces volontés législatives nouvelles se placent dans l'illégalité.

Parmi les mesures révolutionnaires portées par cet élan pour la modernisation du dialogue social, outre les droits statutaires et moyens syndicaux, la rénovation des instances est importante, avec la création du Conseil commun de la fonction publique²⁰⁵, l'extension du système de comité technique d'établissement²⁰⁶ aux établissements sociaux et médico-sociaux²⁰⁷, l'évolution du mode d'élection de ce comité. La représentativité a évolué grâce à la cette loi, en rupture avec la présomption de représentativité héritée de l'après-guerre. L'ensemble des agents, titulaires comme contractuels, sont désormais électeurs. De plus, le domaine de la négociation s'étend, tout comme les missions syndicales, du point de vue de son contenu notamment. L'accord majoritaire est prôné.

Dernièrement, la loi de 2019²⁰⁸ a également mis en avant la négociation ou plutôt le changement des pratiques en termes de négociation. Les accords habituellement passés entre

²⁰⁴ Loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique

²⁰⁵ Décret n°2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique

Décret n°2016-1320 du 5 octobre 2016 modifiant le décret n°2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique

²⁰⁶ Code de la santé publique, articles R. 6144-40 et s.

²⁰⁷ Décret n°2014-821 du 18 juillet 2014 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics sociaux et médico-sociaux

²⁰⁸ Loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique

syndicats et administrations sont : des chartes, des accords, des accords-cadres, des protocoles. Pour autant, ces accords n'ont pour l'instant aucune valeur juridique véritable, davantage un poids moral et de confiance entre les parties au "contrat". La loi de 2019 tend à ouvrir la voie vers un début de statut juridique pour les accords négociés²⁰⁹.

L'objet des négociations est la production de règles acceptables par tous (directions, syndicats, agents, patients, usagers) dans un esprit de modernité et d'équilibre, tout en forgeant un dialogue social qui renforce les partenaires sociaux et responsabilise l'ensemble des parties au dialogue. Il s'agit là du nouveau mot d'ordre des politiques publiques de la fonction publique hospitalière.

§ 2 - La pratique des négociations locales en établissements de santé : équilibre dans l'échange ou imposition masquée des idées de l'administration hospitalière ?²¹⁰

L'un des arguments poussant le plus à la négociation est l'aspect excessivement formel du dialogue social à l'hôpital. La négociation locale permet, à divers égards, de pallier cette critique redondante. Pour l'administration, il s'agit d'un moyen d'obtenir le soutien des syndicats pour mettre en pratique les mesures législatives et de les responsabiliser. C'est aussi l'assurance que les accords correspondent aux attentes du personnel. Un climat social positif ressort toujours de ce type de travail à plusieurs mains. Du côté des organisations syndicales, c'est s'assurer que les avancées sociales sont suivies par l'établissement. Les accords sont aussi un moyen d'engager l'administration, signataire d'un "contrat" multilatéral qu'elle devra mettre en oeuvre. Aux prochaines élections professionnelles, des engagements tenus par les représentants du personnel sont aussi gages de gain de voix.

Les avantages existent des deux côtés. Rien ne paraît donc troubler la mise en application de cette culture de la négociation locale, dont la pratique se compose de différentes phases. En amont, l'agenda arrête les thèmes des négociations locales et le calendrier déterminent leurs

²⁰⁹ Loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, article 14

²¹⁰ CRISTOFALO Paula (sociologue et MCF à l'EHESP), *Dialogue social : enjeux et perspectives*, intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques, avril 2019

Cette partie est fortement inspirée de cet auteur. Dans un souci de lisibilité, le parti pris a été de ne pas citer intégralement l'auteur mais de reformuler ses idées.

dates. Une invitation à négocier est alors envoyée aux syndicats habilités à négocier, soit représentatifs dans l'établissement (ayant au moins un siège au comité technique d'établissement ou au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail). La négociation en elle-même a alors lieu, les personnels et les organisations syndicales sont consultées. Un accord local est finalement conclu. Il peut s'agir d'un accord local majoritaire, juridiquement valide, conclu sans qu'il n'y ait besoin de le soumettre en instance ou d'un accord local minoritaire qui sera intégralement soumis aux instances (comité technique d'établissement ou au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail).

Si certains syndicats sont demandeurs de négociations : *“La CFDT Santé-sociaux demande l'ouverture de négociations sur tous les sujets de préoccupations des hospitaliers. Et ils sont nombreux !”*²¹¹, ce n'est pas le cas de l'ensemble des organisations syndicales. La solution des négociations fait donc déjà face à un premier obstacle. D'autres raisons tendent à la décrédibiliser. Tout d'abord, la négociation d'entreprise a pour effet l'emprise croissante de la raison gestionnaire, soit de la compétitivité. Or, *a priori*, ouverture des négociations ne signifie pas nécessairement augmentation de la productivité. Il n'y a pas de lien logique entre ces deux éléments.

Cette observation laisse transparaître la face cachée de la négociation locale en établissement de santé : l'essor de la négociation administrée. Ressort de cette négociation l'idée que la partie qui mène la danse est la direction et en aucun cas les syndicats. Ce sont d'ailleurs les directions qui organisent le débat, ce qui leur fournit nécessairement un avantage. De surplus, de nombreuses initiatives législatives élargissent le champ des obligations de négociation et multiplient les incitations financières à signer des accords, ce qui laisse à nouveau une longueur d'avance aux directions. Toutefois, la plupart des accords sont très formels et le fléchage a tendance à faciliter et conditionner la réponse aux nouveaux enjeux. Ainsi, le travail de négociation est si complexe que son appropriation est limitée pour les syndicats alors que les attentes sont importantes.

²¹¹ RESCANIERES Eve (secrétaire générale de la fédération CFDT Santé-sociaux), in. LEFEVRE Guillaume, *Le plan B de la CFDT pour l'hôpital : négocier !*, 6 janvier 2020, site internet de la CFDT : https://www.cfdt.fr/portail/actualites/fonctions-publiques/le-plan-b-de-la-cfdt-pour-l-hopital-negocier-srv2_1085713

Néanmoins, certaines obligations incombant aux directions tendraient à justifier cette mainmise des directions sur les négociations locales, comme la continuité du service public²¹² ou la qualité de la prise en charge²¹³. Ces négociations locales sont d'une importance capitale car elles sont l'une des dernières étapes de la mise en oeuvre sur le terrain de politiques publiques diverses. A titre d'exemple, le Ségur de la santé²¹⁴ sera mis en application par la voie des négociations locales. La richesse de l'échange entre les différents intérêts permet de correspondre au mieux au système hospitalier.

Chapitre 2 - Le dialogue social au coeur de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la gestion des établissements de santé face à de nouveaux enjeux de santé publique

Section 1 - La conciliation des droits des patients et des professionnels de santé permise par l'objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients

§ 1 - Les innombrables faveurs de l'administration, des syndicats et des agents envers un objectif commun unificateur : les patients et leur prise en charge satisfaisante au sein du service public hospitalier²¹⁵

Dans le milieu hospitalier, la qualité est définie par l'Organisation mondiale de la santé par : *“Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la*

²¹² Conseil constitutionnel, 25 juillet 1979, Loi modifiant les dispositions de la loi n°74-696 du 7 août 1974 relatives à la continuité du service public de la radio et de la télévision en cas de cessation concertée du travail, décision n°79-105 DC

²¹³ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
Exemple de la déontologie des médecins avec le devoir de qualité des soins dû aux patients : Code de la santé publique, article R. 4127-32

²¹⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé, *Dossier de presse : Les conclusions du Ségur de la santé*, juillet 2020

²¹⁵ SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, Gualino, 4ème éd., juin 2019
SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit de la santé*, Master 1 Droit de la santé, Université de Lille, 2019-2020

Cette partie est fortement inspirée de cet auteur. Dans un souci de lisibilité, le parti pris a été de ne pas citer intégralement l'auteur mais de reformuler ses idées.

science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins". Du point de vue des patients, l'appréciation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge est empreinte de subjectivité. L'organisation logistique des établissements de santé et la technicité des actes réalisés vont *a priori* à l'encontre d'une prise en charge appréciée comme de qualité par les patients. Pourtant, l'enjeu pour les professionnels de santé est de concilier ces exigences en termes de qualité et sécurité avec l'organisation de l'établissement elle-même et les droits des personnels de l'hôpital. Au-delà de la relation patient - médecin et de la démocratie sanitaire²¹⁶, il est nécessaire que l'opinion publique prenne conscience des ressources humaines et matérielles impliquées par la délivrance d'actes de soins.

Tout d'abord, en termes d'exigences en qualité et sécurité, elles découlent de la définition du service public hospitalier²¹⁷ précisant acteurs²¹⁸ et missions²¹⁹, mais surtout les principes et obligations législativement énumérés incombant aux établissements de santé participant au service public hospitalier²²⁰. Parmi ces éléments relatifs à la qualité : un accueil adapté, un délai de prise en charge en accord avec l'état de santé, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, l'égal accès à la prévention et aux soins de qualité, l'absence de facturation de dépassements de tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires, la participation des représentants des usagers du système de santé, la transmission du compte d'exploitation à l'agence régionale de santé, la participation aux communautés professionnelles territoriales de santé, la réponse aux carences de l'offre de services de santé, la coopération pouvant impliquer création, modification ou cessation d'activité, l'amélioration de l'accès et de la continuité des soins et la gestion des risques spécifiques (événements indésirables graves liés aux soins, effets indésirables suspectés d'être liés à un produit ou une substance...).

²¹⁶ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²¹⁷ Code de la santé publique, article L. 6112-1

²¹⁸ Code de la santé publique, article L. 6112-3

²¹⁹ Code de la santé publique, article L. 6111-1

²²⁰ Code de la santé publique, article L. 6112-2

Ces obligations doivent être complétées par d'autres exigences qualitatives et sécuritaires qui tiennent en la déontologie des professionnels de santé²²¹ et d'autres réglementations diverses. Parmi ces normes, la politique d'évaluation de la qualité et de l'efficacité développée par les établissements²²², notamment concernant les pratiques professionnelles et l'organisation des soins, fut l'une des premières mesures dans le sens de la qualité. L'accréditation²²³, désormais appelée certification²²⁴, en temps que procédure externe d'évaluation des établissements de santé menée par la Haute autorité de santé, est aussi un outil permettant d'évaluer qualité et sécurité des soins. L'accréditation concerne aujourd'hui médecins et équipes soignantes. A cela s'ajoute l'obligation d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles comprise dans le développement professionnel continu. La loi de 2002²²⁵ a également beaucoup fait évoluer la prise en compte de la qualité en établissement à travers les domaines de : la compétence professionnelle, la formation continue, la déontologie des professions, l'information des usagers du système de santé, la politique de prévention.

A quels objectifs répondent ces exigences de qualité de l'accueil et de la prise en charge ? Selon la Direction générale de l'offre de soins²²⁶, il s'agit pour l'hôpital de garantir des soins sécurisés aux patients, d'améliorer la satisfaction des patients, d'assurer l'égal accès à des soins sécurisés et de qualité, d'améliorer l'efficacité de l'établissement et de diminuer le coût financier de la prise en charge (suites judiciaires potentielles, coûts de notoriété, perte de la valorisation GHS - groupement homogène de séjours...).

En quoi le dialogue social peut-il avoir un impact sur la qualité ? Par la participation syndicale aux instances et à la politique de la qualité et de la sécurité des soins dans ce dialogue social formel, les syndicats peuvent contribuer à des projets en la matière. De même, en tant que représentants du personnel, ils sont des messagers concernant les dysfonctionnements éventuels dans les services, que ce soit en terme d'incompétence professionnelle, de défauts matériels ou de pratiques problématiques ou améliorables. Ils aident les informations à circuler en la matière entre les différents acteurs du système de santé

²²¹ Exemple de la déontologie des médecins avec le devoir de qualité des soins dû aux patients : Code de la santé publique, article R. 4127-32

²²² Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

²²³ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

²²⁴ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

²²⁵ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²²⁶ PITRAT-HASSAN Carine (ancienne chargée de mission à la Direction générale de l'offre de soins), *Recueil des fiches pratiques sur l'efficacité hospitalière, Fiche 2-2 : Qualité et sécurité des soins*, mars 2016

et peuvent permettre de compléter les indicateurs QSS afin de correspondre à l'objectif national.

Concrètement, les organisations syndicales pourront se prononcer sur le fonctionnement du travail en équipe dans un service, la formation aux procédures et matériels, à la radioprotection, la sécurité, la maintenance et le suivi des installations... Leur rôle dans la prise en charge des patients est essentiel et pourrait être amené à se développer d'avantage au regard de l'évolution de leurs missions.

§ 2 - Les droits et obligations des professionnels de santé guidés par les exigences en termes de qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients

La corrélation entre droits des patients et obligations des professionnels de santé est évidente. A titre d'exemple, pour produire des soins sécurisés et de qualité, un effectif minimum est requis par service à l'hôpital, sous peine de fermeture de lits. C'est le service minimum²²⁷ qui contraint l'exercice du droit de grève²²⁸ des agents.

Autre exemple : le principe de fonctionnement du service public hospitalier de neutralité²²⁹. Il est ainsi imposé aux établissements de santé et professionnels *"de faire abstraction des croyances et opinions des usagers, mais également de ne pas faire état de leurs propres convictions politiques ou religieuses"*²³⁰, ce qui peut être rapproché du devoir de réserve²³¹. Le libre choix du praticien par le malade ne lui permet toutefois pas de s'opposer à ce qu'un médecin ou soignant défini procède à un acte de soins pour des motifs tirés de la religion connue ou supposée de ce dernier²³². Cette exception est due à la complexité de l'organisation des soins. Pour autant, ce cas restreint des libertés fondamentales pour les agents, dans le

²²⁷ Conseil d'Etat, 7 janvier 1976, Centre hospitalier régional d'Orléans, décision n°92162

Cour administrative d'appel de Paris, 6 février 1997, Centre hospitalier du Lamentin, arrêt n°95PA00570

²²⁸ Conseil constitutionnel, 25 juillet 1979, Loi modifiant les dispositions de la loi n° 74-696 du 7 août 1974 relatives à la continuité du service public de la radio et de la télévision en cas de cessation concertée du travail, décision n°79-105 DC

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dite loi Le Pors, article 10, Code du travail, articles L. 521-2 à L. 521-6, L. 1132-2 et L. 2512-1 et 2

²²⁹ Conseil d'Etat, 3 mai 2000, Demoiselle Marteaux, avis n°217017, publié au recueil Lebon

SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, Gualino, 4ème éd., juin 2019, p. 320 à 323

²³⁰ Circulaire du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique

²³¹ Conseil d'Etat, 28 juillet 1993, Préfet du territoire de Belfort, décision n°97189, publiée au recueil Lebon

²³² Circulaire DHOS/G n°2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

cadre du service public seulement : la liberté d'expression²³³ et la liberté religieuse²³⁴. N'est en revanche pas impactée leur liberté d'opinion, garantie aux fonctionnaires.

Dans quelle mesure les exigences entourant la prise en charge sécurisée et de qualité des patients peuvent-elles empiéter sur les droits, même fondamentaux, des agents ? Il faut que la limitation de ces droits soit proportionnée au but visé, ici la prise en charge qualitative et sécurisée du patient. Des obligations incombent toutefois aux patients, notamment à l'égard des locaux et du matériel mis à leur disposition. Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets mis à leur disposition²³⁵.

L'objectif premier des agents hospitaliers est de répondre aux besoins des patients. Ils ont cependant des droits inaliénables dont ils sont titulaires. L'intérêt tient donc à aménager l'objectif de prise en charge sécurisée et qualitative des patients tout en maintenant des garanties pour les professionnels, garanties nécessaires à l'attractivité de la profession. Pour autant, cela est parfois complexe et il n'est pas toujours simple pour les soignants de rester pleinement eux-mêmes pendant le service, si bien que la blouse blanche est parfois qualifiée de *“deuxième peau”*²³⁶. Certaines idées sont contraintes de rester à la porte de l'hôpital pendant qu'ils sont en service. En principe, au sujet du vêtement de travail : *“endossé, il construit le statut, chacun y donne du sens selon qu'il est choisi ou imposé, selon son sexe, son appartenance culturelle, en fonction des époques et des circonstances”*. A l'hôpital, la logique est différente. Depuis qu'il est laïcisé, *“le vêtement, témoin d'une identité professionnelle et par rapport auquel les infirmières se définissent, est imposé par le poids de l'habitude”*²³⁷. *“Le vêtement professionnel de la soignante en lui-même est riche de sa valeur émotionnelle et fort du pouvoir qu'il engendre”*. *“Le vêtement est une enveloppe. Il recouvre le corps de la femme soignante sans toutefois le placer dans une dépendance totale car il lui préserve une liberté d'expression qu'il ne peut totalement voler”*.

²³³ Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, article 11

Conseil de l'Europe, Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales amendée, Rome, 4 novembre 1950, 3 septembre 1953, article 10

²³⁴ Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, article 10

Conseil de l'Europe, Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales amendée, Rome, 4 novembre 1950, 3 septembre 1953, article 9

²³⁵ Code de la santé publique, article R. 1112-52

²³⁶ FRANCEQUIN Ginette (ancien maître de conférence en psychologie clinique et sociale), *La blouse à l'hôpital*, in. *Le vêtement de travail, une deuxième peau*, éd. Érès, 2008, p. 100 à 109

²³⁷ OLIVIER-AMOUROUX Michèle (infirmière en entreprise, docteur en anthropologie), *Chronique d'un vestiaire hospitalier*, éd. L'Harmattan, 2004, p. 114

Toute l'agilité de la question de la conciliation entre droits des patients et droits des agents hospitaliers réside en ce subtil équilibre garanti par la loi et le juge. La pratique permet l'élasticité de la manoeuvre, améliorant la communication entre agents et encadrement, permettant de mener à bien des projets tels que des rénovations pour rendre le quotidien des patients et des professionnels plus aisé et d'aboutir à des pratiques plus adaptées.

Section 2 - La crise sanitaire inattendue de la Covid-19 influençant fortement le dialogue social et l'avenir du système de santé

§ 1 - L'effet révélateur indéniable de la crise sanitaire due au coronavirus SARS-CoV-2 éclaircisseur sur le mal-être hospitalier

La crise sanitaire du coronavirus a permis aux soignants une ouverture médiatique exceptionnelle. Ils ont désormais leur place dans les médias pour témoigner du vécu de la crise sur le terrain. Leurs interventions ont pour objet : de créer une prise de conscience dans la population, d'apporter une preuve des difficultés rencontrées sur le terrain, de dénoncer le manque de moyens à l'hôpital... De nombreux témoignages ont ainsi fleuri, sous forme d'interviews, de podcasts, d'articles de presse... Selon le témoignage d'un personnel paramédical à l'hôpital²³⁸, gérer des patients atteints de la Covid-19 en réanimation demande une concentration extrême dès lors que l'ensemble des soins procurés aux patients en réanimation nécessitent de toucher le patient or ce soin peut être contaminant. Il y a ainsi une sorte de contradiction entre l'engagement des soignants, leur objectif de sauver des vies et le fait de le faire au péril de sa propre vie.

Il a par ailleurs fallu s'adapter au bouleversement des techniques de soins induit par la prise en charge de patients Covid. Les gestes barrières ont modifié la relation patient - médecin en elle-même et la pratique des soins. Le médecin et le soignant ne voient plus la bouche du patient car elle est masquée (l'inverse vaut également). Il y a également moins d'interactions entre eux. Le langage corporel, notamment au niveau du visage, est moins visible. Le regard

²³⁸ KHENICHE Ouafia (journaliste), *Paroles de soignant.e.s, Episode 11 : Anne, kinésithérapeute en réanimation, France Inter*, consultable à : <https://www.franceinter.fr/emissions/paroles-de-soignant-e-s/episode-11-anne-kinesitherapeute-en-reanimation>

des patients est parfois l'un des seuls moyens d'expression, et y ressortent : angoisse, attente de réponses, tristesse due à l'isolement...

Chez les soignants, cette crise a eu des répercussions importantes. Est ressentie pour les soignants la sensation de faire partie d'une chaîne de solidarité essentielle à la nation. Il devient pour eux difficile de cloisonner travail et vie personnelle, d'autant plus que d'habitude. L'investissement organisationnel actuel de gestion de crise est tel, en termes de type de soins accordés, d'organisation générale, de stratégie de protection des équipes pour les actes à risque, qu'il est difficile, pour les patients, de déconnecter. Or le droit à la déconnexion²³⁹ leur est reconnu. Il s'exécute en dehors du temps de travail. Dans un contexte aussi tendu que celui de la crise sanitaire, son exécution paraît plus que compromise.

Pour les syndicats, la crise et l'ouverture médiatique représentent un porte-voix considérable. L'opinion publique a connaissance des réalités de terrain pour ce qui est de la prise en charge des patients atteints de la Covid. De l'espoir est placé dans une prise en considération véritable du caractère vital du besoin primaire de la santé. Selon Maslow²⁴⁰, les besoins physiologiques, soit le fait d'être en bonne santé, correspondent au premier échelon de la hiérarchie pyramidale des besoins. C'est un besoin primordial et l'attachement de la population à son système de santé est réel. En 2007, 64% des Français jugent positivement le système de santé et 73% des personnes interrogées se déclarent prêtes à modifier leurs habitudes ou à éviter les comportements à risque.²⁴¹ Reste à observer les réponses à ces mêmes interrogations aujourd'hui avec le respect du port du masque et les sceptiques comme le mouvement très discutable QAnon...

Si la santé est précieuse pour la majorité des Français, en pratique, il ne s'agit pas du poste de dépenses le plus important de l'Etat. L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2020 était fixé à 200,4 milliard d'euros²⁴². La crise liée au coronavirus a engendré des dépenses supplémentaires qui dépassent ce plafond. Le déficit de la Sécurité sociale est estimé

²³⁹ Cour de cassation, Chambre sociale, 17 février 2004, arrêt n°01-45.889

Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, article 55

²⁴⁰ MASLOW Abraham Harold (psychologue), *A theory of Human motivation*, *Psychological Review*, n°50, 1943, p. 370 à 396

²⁴¹ IFOP et Fondation impact santé, *Sondage : Le regard des Français sur le système de santé*, 5 novembre 2007 <https://www.ifop.com/publication/le-regard-des-francais-sur-le-systeme-de-sante/>

²⁴² Loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020

à 41 milliards d'euros au minimum pour 2020²⁴³. L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie n'augmenterait plus de 2,4% mais de 6,5% par rapport à l'an dernier, 6,5% dont trois milliards d'euros correspondent au versement des primes coronavirus à destination des personnels²⁴⁴.

Le dialogue social informel mis à place à travers les médias a été d'une telle force que les soignants sont parvenus à obtenir en quelques mois une prime Covid ainsi que le Ségur de la santé, deux initiatives qui ne répondent pas aux attentes de chacun mais ont le mérite d'apporter une solution temporaire aux revendications soignantes. Cela fait des années qu'une revalorisation de leurs métiers est réclamée par les soignants. La crise sanitaire semble avoir enfin revitalisé le débat sur cette revalorisation nécessaire encouragée par l'opinion publique. Des mesures concrètes sur le long terme seront-elles prévues par la suite de sorte que la concertation soit à nouveau de mise ?

§ 2 - La remise en cause épisodique et nécessaire d'un système de santé complexe aux impératifs budgétaires astreignants²⁴⁵

L'impact économique de la crise sanitaire liée au coronavirus est indéniable et touche le monde entier. Au niveau national, une loi de finances rectificative²⁴⁶, dispositif législatif permettant de modifier une loi de finances initiale²⁴⁷, a même été promulguée pour faire face à cette crise imprévue, repoussant délais, prévoyant primes, exonérations de cotisations et contributions et autres diverses mesures exceptionnelles. Ces dispositions législatives sont le fruit de débats négociés entre parlementaires sur lequel les organisations syndicales se sont prononcées. Il s'agit de solutions temporaires pour un problème qui va durer dans le temps.

²⁴³ BEGUIN François et BESSE DESMOULIERES Raphaëlle (journalistes), *La crise due au coronavirus fait exploser le déficit de la Sécurité sociale*, *Le Monde*, 23 avril 2020
https://www.lemonde.fr/economie/article/2020/04/23/la-crise-due-au-coronavirus-fait-exploser-le-deficit-de-la-securite-sociale_6037512_3234.html

²⁴⁴ QUEGUINIER Thomas (journaliste santé chez Hospimedia), *La progression de l'Ondam 2020 pourrait presque tripler et bondir de 6,5%*, *Hospimedia*, 23 avril 2020
<https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200423-economie-la-progression-de-l-ondam-2020-pourrait>

²⁴⁵ SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, Gualino, 4ème éd., juin 2019, p. 229 à 236

Cette partie est fortement inspirée de cet auteur. Dans un souci de lisibilité, le parti pris a été de ne pas citer intégralement l'auteur mais de reformuler ses idées.

²⁴⁶ Loi n°2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020

²⁴⁷ Loi organique n°2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances, article 35

En effet, le virus circule encore sur le territoire, des patients continuent d'affluer dans les établissements de santé, le déficit de la Sécurité sociale s'accroît, l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie est réévalué à la hausse car insuffisant, l'économie nationale est en difficulté et l'ensemble de nos modes de vie doivent être repensés. Le système de santé n'est pas fait pour supporter une crise sanitaire d'une telle ampleur dont le coût bat tous les records. Son organisation, son fonctionnement et son financement doivent être repensés.

La question du financement du système de santé faisait déjà débat avant la crise du coronavirus. Les objectifs poursuivis par le financement des hôpitaux sont les suivants : la maîtrise des dépenses de santé mouvantes, notamment à travers l'Objectif national des dépenses de santé, l'équité du système sur le territoire (à travers l'égalité d'accès aux soins) et son caractère transparent, le progrès dans le soin et le développement de l'activité. Dans un objectif d'efficience, le modèle de la tarification à l'activité a été mis en place en 2005²⁴⁸ *“pour lier ressources et activités”*, en rupture avec le *“système inflationniste”* du prix de journée précédent 1983²⁴⁹ atténué par la mise en place de la dotation globale annuelle²⁵⁰.

La tarification à l'activité a donc pour objet de *“maîtriser l'évolution des dépenses tout en permettant d'adapter l'offre hospitalière”*. L'offre est flexible et s'adapte aux besoins de la population. Des stratégies de tarification encouragent les bonnes pratiques. De plus, plus le séjour est long, plus l'établissement perd de l'argent. Dans la tarification à l'activité, *“une analyse médico-économique”* permet d'identifier au sein des spécialités médicales des groupes homogènes de séjour *“dans lesquels interviennent des actes correspondant à un codage précis”*, hors exceptions (plateaux techniques, psychiatrie...). Chaque code correspond à un tarif déterminé au niveau national. Ces opérations sont recensés dans un système d'information permettant la facturation.

Pourtant, ce système de financement est très critiqué, notamment la tarification à l'activité par les syndicats. *“Cette procédure opaque et d'une grande complexité s'appuie (...) sur des données de mauvaise qualité et peu significatives. Les différents ajustements effectués*

²⁴⁸ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
Ordonnance n°2005-1112 du 1 septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière

²⁴⁹ Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, dite Bérégovoy

²⁵⁰ *Ibid.*

à partir de ces données contestables aboutissent à des distorsions importantes dans la relation entre le coût moyen et le tarif (ou plutôt les tarifs) final.”²⁵¹

Au sujet de la maîtrise des dépenses de santé, l’Objectif national des dépenses de santé, qui correspond en réalité au plafond annuel des “*dépenses d’assurance maladie*” et à la “*principale recette des établissements publics de santé*”, a globalement été respecté mais analysé cumulé avec les déficits et l’endettement de ces établissements, la “*maîtrise des dépenses publiques de santé*” peut être discutée. Les difficultés financières de certains hôpitaux sont telles que des plans de retour à l’équilibre, voire des mises sous administration provisoire, sont parfois nécessaires. Depuis 2018²⁵², les déficits des établissements publics de santé sont donc inclus dans l’Objectif national de dépenses d’assurance maladie après deux exercices pour lesquels la baisse des tarifs n’a pas été absorbée par la hausse d’activité des établissements. Quant aux charges de personnel, le gel du point d’indice des fonctionnaires facilite la politique budgétaire interne de l’établissement mais contrevient à l’évolution des traitements. Ce dernier point est d’ailleurs très défendu par les syndicats.

Sur la tarification à l’activité plus spécifiquement, contrairement aux systèmes de financement précédents, du point de vue des financeurs, elle permet de “*contenir les dépenses*” tout “*en baissant régulièrement les tarifs*”, ce qui conduit à augmenter l’activité. La logique est de “*faire plus avec autant, voire moins*”. Cette demande grandissante d’actes de soins pour être rentable et conserver un budget stable d’un exercice à l’autre est décriée par certains dans les services. Dans des conditions de travail déjà complexes et avec des rapports tendus, un financement adaptable et convenant à l’ensemble des acteurs est nécessaire.

La tarification à l’activité, dont la flexibilité peut être discutée, s’avère néanmoins satisfaisante en certains points. Sachant que la part de soins non programmés et d’urgences est conséquente, un financement adapté à cette mutabilité est de rigueur. Les mises à jour des codes et tarifs permises par la tarification à l’activité permettent une corrélation constante entre consommation de produits et services de santé et financement, sans inflation due à une

²⁵¹ MOUGEOT Michel et NAEGELEN Florence (professeurs de sciences économiques), *La tarification à l’activité : une réforme dénaturée du financement des hôpitaux*, *Revue française d’économie*, n°2014/3, vol. 29, 2014, p. 111 à 141

²⁵² Cour des comptes, *La Sécurité sociale, La situation financière de la Sécurité sociale en 2018 : un solde proche de l’équilibre, des efforts de maîtrise des dépenses à poursuivre* (rapport), juin 2019

éventuelle hausse d'activité. De plus, étant donné qu'il ne s'agit pas du seul mode de financement actuellement mis en place, une souplesse d'intervention est laissée aux financeurs.

En termes d'égalité d'accès aux soins pour les patients, privé et public ne convergent pas par la tarification à l'activité. En revanche, ce système encourage chez les gestionnaires le choix des actes réalisables et codés, notamment dans les établissements de taille et moyens modestes. Leurs solutions sont : centraliser *“l'acte médical sur les actes les plus techniques ou les situations les plus urgentes”* et *“déléguer (...) les prises en charge sur le personnel paramédical”*. Pour autant, les codes et tarifs sont réfléchis en fonction des besoins de la population, donc en principe en faveur de cet égal accès aux soins. Les crédits sont attribués par les autorités sanitaires, notamment dans une logique de proximité. Cependant, la précision presque trop fine du modèle de tarification à l'activité peut aussi être critiquée, dès lors que cela pousse à opérer un choix parmi les profils de patients et les actes afin de “coder au mieux”. Les dérives du système pour la rentabilité sont nombreuses mais leur éthique pose problème, tout comme l'insuffisance du contrôle porté par l'assurance maladie à travers le volume global de facturation de certains actes par exemple.

C'est en partie ce que certaines organisations syndicales dénoncent : l'hôpital ne devrait pas être pensé comme une entreprise, avec un objectif d'activité pour la rentabilité influant sur la pratique médicale elle-même, mais davantage dans l'humain et la meilleure prise en charge possible pour le patient, peu importe ses pathologies. Or dans un contexte tel que celui de la crise sanitaire actuelle, la gestion du financement des séjours des patients Covid est biaisée par la tarification à l'activité qui s'est avérée insuffisante pour certains. En effet, il n'existe pas de tarifs spécifiques à ce coronavirus mais des groupements homogènes de malades et de séjours existants ont été attribués aux patients Covid, ce qui est dénoncé par certains syndicats²⁵³. La CGT Santé Action sociale explique en ce sens que la Covid-19 a permis de démontrer la précarité du système hospitalier, ce qui encourage à réfléchir à un nouveau modèle de financement, moins déconnecté des coûts réels des soins.

²⁵³ Docteur COMBIER Evelynne (docteur en médecine, praticien hospitalier, pédiatre, spécialiste en santé publique), *Note du collectif médecins : Covid-19 et T2A*, Fédération CGT Santé et Action Sociale, Union fédérale des médecins, ingénieurs, cadres et techniciens, 19 mai 2020
<http://www.sante.cgt.fr/Covid-19-et-T2A>

Table des matières

Sommaire (p. 2)

Remerciements (p. 5)

Avant-propos (p. 8)

Partie 1 - Les spécificités induites par le fonctionnement des établissements de santé tendant à rompre avec les traditions syndicales françaises et à initier un dialogue social propre aux acteurs de santé (p. 9)

Titre 1 - Un enchevêtrement normatif originel et une complexité du système de santé faisant en apparence obstacle à la participation des organisations syndicales au dialogue social en santé (p. 10)

Chapitre 1 - Le particularisme avéré des relations sociales en établissement de santé affectant les rapports entre directions, encadrement, syndicats et agents ainsi que le système normatif complexe garant des droits des patients et des professionnels de santé (p. 10)

Section 1 - L'avènement de droits syndicaux déclinaisons de libertés fondamentales au service de l'expression des agents hospitaliers dans le dialogue social confrontés aux principes fondamentaux encadrant le service public hospitalier protégeant patients et institutions (p. 10)

§ 1 - L'essor historique et incontesté de droits syndicaux fondamentaux destinés à l'ensemble des travailleurs (p. 10)

§ 2 - La conciliation complexe mais essentielle entre droits syndicaux et obligations du service public hospitalier (p. 13)

Section 2 - La démocratisation suivie de la banalisation des mouvements sociaux des professionnels de santé ayant pour effet une impression de ralentissement des acquis sociaux, d'un perpétuel mécontentement hospitalier et d'une crise stagnante du système de santé (p. 15)

§ 1 - La rupture avec l'ethos contestataire ouvrier annonce d'une spécialisation presque trop démocratisée des mouvements sociaux hospitaliers (p. 16)

§ 2 - L'insatisfaction récurrente des agents hospitaliers à l'origine d'un climat de tensions au sein des établissements de santé (p. 19)

Chapitre 2 - L'insaisissabilité de la notion riche de dialogue social couplée à l'établissement des relations sociales dans un environnement formel dégradé et discuté faisant obstacle à un dialogue ouvert, équilibré et constructif (p. 21)

Section 1 - Les multiples visages du dialogue social et son appropriation par les acteurs du système de santé et les organisations syndicales source de liberté et d'innovation (p. 21)

§ 1 - L'impossible définition du dialogue social source inépuisable de manifestation en établissement de santé (p. 21)

§ 2 - L'appropriation réfléchie du dialogue social par les organisations syndicales hospitalières (p. 23)

Section 2 - Les limites perceptibles du dialogue social actuel causes de distance et tensions entre ses participants et concourant au bilan de la désyndicalisation au sein du système de santé (p. 26)

§ 1 - Les limites perceptibles d'un dialogue social formel institutionnalisé ancré dans la pratique hospitalière nourrissant des relations sociales dégradées (p. 26)

§ 2 - Les conséquences d'un dialogue social formel pauvre et insatisfaisant en termes de désyndicalisation, mouvement déjà annoncé par des raisons historiques (p. 27)

Titre 2 - Une souplesse importante accordée aux syndicats dans la protestation collective à travers l'aspect indiscipliné du dialogue social et la participation active aux instances gestionnaires des établissements de santé (p. 30)

Chapitre 1 - L'engagement dans une organisation syndicale s'apparentant à une infiltration dans la gestion quotidienne des établissements de santé et le dialogue social substantiel réunissant directions, administratifs, médecins, soignants et techniciens (p. 30)

Section 1 - L'expression journalière informelle du dialogue social même numérique comme méthode apaisée de règlement des différends et porte-voix pour agents et directions (p. 30)

§ 1 - Le développement et la préférence des organisations syndicales pour la pratique informelle comme moyen apaisé de règlement des différends et d'échange avec l'administration (p. 30)

§ 2 - Le cas du "presque" vide juridique de l'utilisation officielle des technologies de l'information et de la communication par les organisations syndicales en établissement sanitaire (p. 32)

Section 2 - La qualité de vie au travail et le nouveau management comme moyens pour les directions et syndicats d'améliorer les conditions de travail des agents sans compromettre la qualité de la prise en charge des patients (p. 34)

§ 1 - Le double impact de l'organisation du travail et du management sur le dialogue social de proximité et le ressenti du patient suite à son hospitalisation, son examen ou sa consultation (p. 34)

§ 2 - La prise en considération exponentielle du nouvel enjeu de la qualité de vie au travail pour les directions comme les organisations syndicales et ses bienfaits sur la prise en charge des patients (p. 37)

Chapitre 2 - L'indéniable implication des organisations syndicales dans la vie institutionnelle des établissements de santé et de la fonction publique hospitalière au coeur d'un dialogue social formel controversé mais stable (p. 39)

Section 1 - Le bilan mitigé de la représentation syndicale au sein des organes de direction des établissements de santé atténué par la présence syndicale dans les hautes instances de la fonction publique (p. 40)

§ 1 - La faible représentation des organisations syndicales à la direction des établissements de santé (p. 40)

§ 2 - La remarquable présence syndicale au sein des hautes instances de la fonction publique (p. 42)

Section 2 - L'étendue notable de la participation syndicale au dialogue social institutionnel à travers les mandats réservés aux organisations syndicales dans les organes consultatifs spécifiques en établissement de santé (p. 44)

§ 1 - La liberté induite par les élections aux organes consultatifs représentatifs des établissements sanitaires compétents en termes de stratégie, d'activités administratives et de soins (p. 44)

§ 2 - La représentation significative des organisations syndicales dans les organes consultatifs chargés de la sécurité et des conditions de travail des établissements de santé (p. 47)

Partie 2 - Les attentes et clés quant au renouvellement du dialogue social en établissement de santé en vue de rassembler les professionnels de santé autour de la négociation et de responsabiliser l'ensemble des partis au dialogue (p. 51)

Titre 1 - Le risque de la désyndicalisation amplifié par les idées reçues accablant les organisations syndicales à l'heure des tensions entre agents, encadrement et direction (p. 52)

Chapitre 1 - Un contexte ambiant de désyndicalisation chez les agents accentué par les médias et éloigné de la modernisation réelle des missions attribuées aux organisations syndicales en établissements de santé (p. 52)

Section 1 - Un attrait pour le syndicalisme difficile à entretenir en raison de la connotation péjorative associée aux syndicats dans les médias et des lacunes de représentativité ressenties par les agents induites par le système lui-même en établissements de santé (p. 52)

§ 1 - La diminution nette de l'engagement syndical des agents hospitaliers : problème ou solution pour le dialogue social et la représentativité ? (p. 52)

§ 2 - Le syndicalisme hospitalier vu par les médias : facteur de désyndicalisation ? (p. 54)

Section 2 - Une évolution effective des missions attribuées aux organisations syndicales vers la prise en considération de la qualité de vie au travail et des relations entre les multiples acteurs des établissements de santé (p. 56)

§ 1 - L'ouverture tendancielle des missions syndicales vers le bien-être et la qualité de vie au travail à l'hôpital (p. 56)

§ 2 - La défense quotidienne d'intérêts individuels et collectifs opérée par les organisations syndicales hospitalières (p. 58)

Chapitre 2 - Une tension dans les rapports hiérarchiques souvent assise sur une méconnaissance des missions de chacun et de fausses idées pouvant être dépassées par un objectif commun : l'intérêt des patients et de l'établissement de santé employeur (p. 59)

Section 1 - Le développement problématique d'une défiance des agents envers leur encadrement de proximité et la direction de l'établissement de santé (p. 59)

§ 1 - La limite fine entre confiance et défiance du personnel hospitalier envers l'encadrement de proximité (p. 60)

§ 2 - L'éloignement caractéristique de la relation entre direction et agents source d'incompréhension (p. 61)

Section 2 - Le dépassement des tensions entre agents et encadrement dans l'intérêt du patient par de nouvelles méthodes managériales et l'union autour de la prise en charge et du parcours de soins (p. 62)

§ 1 - Le nouveau management en établissements de santé, la clef de l'entente entre agents et encadrement (p. 63)

§ 2 - Le rassemblement des acteurs de la prise en charge autour du patient et de leur établissement (p. 64)

Titre 2 - La modernisation nécessaire du dialogue social par l'avènement de la négociation dans les rapports sociaux en adéquation avec la nouvelle gouvernance hospitalière et les nouveaux enjeux de santé publique (p. 66)

Chapitre 1 - Le déploiement de la négociation d'accords locaux comme solution à l'installation d'une nouvelle gouvernance hospitalière influant nécessairement le dialogue social (p. 66)

Section 1 - L'impact considérable de la nouvelle gouvernance hospitalière sur le renouvellement du dialogue social en établissement de santé (p. 66)

§ 1 - L'interrogation montante des organisations syndicales quant au développement de la coopération entre établissements de santé et ses conséquences (p. 66)

§ 2 - L'incertitude et la perplexité syndicale quant à l'instauration de la nouvelle gouvernance hospitalière et sa compatibilité avec le renouvellement du dialogue social (p. 68)

Section 2 - L'ouverture progressive du dialogue social aux négociations entre organisations syndicales et directions à l'échelle locale (p. 70)

§ 1 - L'essor modernisateur d'une véritable culture de la négociation mettant en scène syndicats et directions au sein des politiques publiques de la fonction publique hospitalière (p. 70)

§ 2 - La pratique des négociations locales en établissements de santé : équilibre dans l'échange ou imposition masquée des idées de l'administration hospitalière ? (p. 72)

Chapitre 2 - Le dialogue social au coeur de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la gestion des établissements de santé face à de nouveaux enjeux de santé publique (p. 74)

Section 1 - La conciliation des droits des patients et des professionnels de santé permise par l'objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients (p. 74)

§ 1 - Les innombrables faveurs de l'administration, des syndicats et des agents envers un objectif commun unificateur : les patients et leur prise en charge satisfaisante au sein du service public hospitalier (p. 74)

§ 2 - Les droits et obligations des professionnels de santé guidés par les exigences en termes de qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients (p. 77)

Section 2 - La crise sanitaire inattendue de la Covid-19 influençant fortement le dialogue social et l'avenir du système de santé (p. 79)

§ 1 - L'effet révélateur indéniable de la crise sanitaire due au coronavirus SARS-CoV-2 éclaircisseur sur le mal-être hospitalier (p. 79)

§ 2 - La remise en cause épisodique et nécessaire d'un système de santé complexe aux impératifs budgétaires astreignants (p. 81)

Table des matières (p. 86)

Bibliographie (p. 94)

Bibliographie

Textes juridiques

Sources conventionnelles

Organisation internationale du travail, Convention n°87 sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical, San Francisco, 9 juillet 1948, 4 juillet 1950

Conseil de l'Europe, Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales amendée, Rome, 4 novembre 1950, 3 septembre 1953

Conseil européen de Nice, Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 7 décembre 2000, 12 décembre 2007

Sources constitutionnelles

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

Sources législatives

Loi du 25 mai 1864 dite loi Ollivier abrogeant les articles 414, 415 et 416 du Code pénal

Loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse

Loi du 21 mars 1884 relative aux syndicats professionnels, dite Waldeck-Rousseau

Loi n°46-2294 du 19 octobre 1946 relative au statut général des fonctionnaires

Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, dite Bérégovoy

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite Le Pors

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

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

Loi organique n°2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances

Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

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

Loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique

Loi n°2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique

Loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020

Loi n°2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020

Code de la santé publique

Code du travail

Code de la sécurité sociale

Code général des collectivités territoriales

Ordonnance n°45-993 du 17 mai 1945 relative aux services publics des départements et communes et de leurs établissements publics

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

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

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

Ordonnance n°2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales

Réglementaires

Décret d'Allarde du 2 et 17 mars 1791

Décret du 14 juin 1791 relatif aux assemblées d'ouvriers et artisans de même état et profession, dit loi Le Chapelier

Décret n°85-397 du 3 avril 1985 relatif à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique territoriale

Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret n°88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé

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

Décret n°91-790 du 14 août 1991 relatif aux commissions administratives paritaires nationales de la fonction publique hospitalière

Décret n°2001-1347 du 28 décembre 2001 modifiant le décret n°88-981 du 13 octobre 1988 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

Décret n°2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière

Décret n°2010-436 du 30 avril 2010 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé

Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé

Décret n°2010-1153 du 29 septembre 2010 portant application de l'article 65-1 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret n°2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique

Décret n°2012-739 du 9 mai 2012 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

Décret n°2013-842 du 20 septembre 2013 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé

Décret n°2014-821 du 18 juillet 2014 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics sociaux et médico-sociaux

Décret n°2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature

Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

Décret n° 2016-1320 du 5 octobre 2016 modifiant le décret n°2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique

Décret n°2016-1897 du 27 décembre 2016 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et supprimant l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière

Décret n°2019-405 du 2 mai 2019 relatif aux activités pharmaceutiques du service de santé des armées et à la coopération entre ce service et les acteurs de santé

Décret n°2020-568 du 14 mai 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle aux agents des établissements publics de santé et à certains agents civils et militaires du ministère des armées et de l'Institution nationale des invalides dans le cadre de l'épidémie de covid-19

Décret n°2020-718 du 11 juin 2020 portant indemnisation et majoration exceptionnelle des heures supplémentaires réalisées dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant

dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, au sein d'un hôpital d'instruction des armées et au sein de l'Institution nationale des invalides

Décret n°2020-719 du 12 juin 2020 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de la fonction publique hospitalière

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

Arrêté du 5 janvier 2005 fixant les modèles de formulaires, guides d'utilisation et notice explicative des déclarations annuelles des données sociales pour l'année 2004

Arrêté du 13 février 2015 portant nomination au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

Arrêté du 8 juin 2020 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation du temps de travail additionnel et des gardes pour les personnels médicaux exerçant en établissements publics de santé et à la majoration exceptionnelle de l'indemnité de garde hospitalière des praticiens des armées

Circulaire n°82-7 du 10 mars 1982 relative à l'exercice du droit de grève dans les établissements sociaux du secteur public

Circulaire DH/FH 1 n°2000-413 du 20 juillet 2000 relative à la mise en oeuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail

Circulaire DHOS/G n°2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

Circulaire n°DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique

Circulaire DGOS/RH3 n°2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière

Circulaire du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique

Circulaire du 30 novembre 2019 relative à la mise en place de référents Egalité au sein de l'Etat et de ses établissements publics

Instruction N°DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Accord national interprofessionnel : Qualité de vie au travail, 19 juin 2013

Accord relatif à l'avenir de la fonction publique : La modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations, 16 octobre 2017

<https://www.fonction-publique.gouv.fr/ppcr-parcours-professionnels-carrieres-et-remunerations>

Accord du 30 novembre 2018 relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique

Accord national interprofessionnel du 28 février 2020 portant diverses orientations pour les cadres

Jurisprudences

Cour européenne des droits de l'Homme, 30 juin 1993, Sigurdur A. Sigurjonsson c. Islande, arrêt n°16130/90

Conseil constitutionnel, 25 juillet 1979, Loi modifiant les dispositions de la loi n° 74-696 du 7 août 1974 relatives à la continuité du service public de la radio et de la télévision en cas de cessation concertée du travail, décision n°79-105 DC

Conseil constitutionnel, 19 et 20 juillet 1983, Loi relative à la démocratisation du secteur public, décision n°83-162 DC

Conseil d'Etat, Assemblée, 7 juillet 1950, Dehaene, décision n°01645, publiée au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 9 juillet 1965, Pouzenc, n°58778

Conseil d'Etat, Section, 1er décembre 1972, Demoiselle Obrego, décision n°80195, publiée au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 7 janvier 1976, Centre hospitalier régional d'Orléans, décision n°92162

Conseil d'Etat, Assemblée, 18 janvier 1980, Syndicats CFDT des postes et télécommunications du Haut-Rhin, décision n°07636

Conseil d'Etat, 28 septembre 1988, Merlenghi, décision n°43958, publiée au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 28 juillet 1993, Préfet du territoire de Belfort, décision n°97189, publiée au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 3 mai 2000, Demoiselle Marteaux, avis n°217017, publié au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 9 décembre 2003, Mme Céline X, décision n°262186, publiée au recueil Lebon

Conseil d'Etat, 30 décembre 2009, Union syndicale Solidaires, décision n°310284

Cour de cassation, Chambre sociale, 28 février 2002, arrêt n°00-11.793, publié au bulletin

Cour de cassation, Chambre sociale, 17 février 2004, arrêt n°01-45.889

Cour administrative d'appel de Paris, 6 février 1997, Centre hospitalier du Lamentin, arrêt n°95PA00570

Doctrine

DURKHEIM Emile (sociologue), *De la division du travail social*, 1893

SCELLE George (juriste et professeur de droit), *Le droit ouvrier : tableau de la législation française actuelle*, éd. A. Colin, 1922

MASLOW Abraham Harold (psychologue), *A theory of Human motivation*, *Psychological Review*, n°50, 1943

OLSON Mancur (économiste), *Logique de l'action collective*, 1965

AMADIEU Jean-François (sociologue et professeur de sociologie), *Essai d'analyse interactionniste de la désyndicalisation : le cas de la fonction publique en France*, *Revue française de science politique*, n°39-2, 1989

SUPIOT Alain (professeur de droit), *Critique du droit du travail*, éd. PUF, 1994

REYNAUD Jean-Daniel (sociologue et professeur de sociologie), *Le conflit, la négociation et la règle*, Octarès, 2ème éd., 1999

OLIVIER-AMOUROUX Michèle (infirmière en entreprise, docteur en anthropologie), *Chronique d'un vestiaire hospitalier*, éd. L'Harmattan, 2004

JOUNIN Nicolas et WOLFF Loup (sociologue et MCF, statisticien et sociologue), *Document de travail : Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Série Etudes, n°64, octobre 2006

FRANCEQUIN Ginette (ancien maître de conférence en psychologie clinique et sociale), *La blouse à l'hôpital, in. Le vêtement de travail, une deuxième peau*, éd. Érès, 2008

CORDIER Marie (chercheuse à la DREES), *L'organisation du travail à l'hôpital : évolution récentes*, Études et résultats, n°709, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère des Solidarités et de la Santé, novembre 2009

MARTEL Jean-Pierre et DUPUIS Gilles (professeurs à l'Université de Montréal, Québec), *Rapport sur la qualité de vie au travail - Bilan des connaissances : L'inventaire systémique de qualité de vie au travail*, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 2010

DELIEUTRAZ Séverine (infirmière), *Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé*, Cliniques, 2012/2 n°4

SAINSAULIEU Ivan (sociologue et professeur), *La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ?*, Revue française de sociologie, 2012/3 vol. 53

DAB William (professeur en sécurité sanitaire au Conservatoire des arts et métiers), in. POISSON Dominique, *Retour sur le débat sur la QVT organisé à la CFE CGC*, 14 mars 2013, <http://laqvt.fr/retour-sur-le-debat-sur-la-qvt-organise-a-la-cfe-cgc/>

MOUGEOT Michel et NAEGELEN Florence (professeurs de sciences économiques), *La tarification à l'activité : une réforme dénaturée du financement des hôpitaux*, Revue française d'économie, n°2014/3, vol. 29, 2014, p. 111 à 141

DESJACQUES Yves et RODET Philippe (homme d'affaire et ancien médecin urgentiste, auteur, conférencier), *Le management bienveillant*, Eyrolles, février 2017

BANTIGNY Ludivine (historienne, maître de conférence, spécialiste de l'histoire de Mai 68), in. LABRACHERIE Juliette (journaliste), *La représentation médiatique porte à croire que le monde ouvrier n'existe plus*, La revue de médias, 29 octobre 2019
<https://larevuedesmedias.ina.fr/classe-ouvriere-lutte-representation-mediatique>

RESCANIERES Eve (secrétaire générale de la fédération CFDT Santé-sociaux), in. LEFEVRE Guillaume, *Le plan B de la CFDT pour l'hôpital : négocier !*, 6 janvier 2020, site internet de la CFDT :
https://www.cfdt.fr/portail/actualites/fonctions-publiques/le-plan-b-de-la-cfdt-pour-l-hopital-negocier-srv2_1085713

Docteur COMBIER Evelyne (docteur en médecine, praticien hospitalier, pédiatre, spécialiste en santé publique), *Note du collectif médecins : Covid-19 et T2A*, Fédération CGT Santé et Action Sociale, Union fédérale des médecins, ingénieurs, cadres et techniciens, 19 mai 2020
<http://www.sante.cgt.fr/Covid-19-et-T2A>

Manuels

LAFARGUE Jérôme (sociologue et MCF), *La protestation collective*, col. Sciences sociales 128, n°184, éd. Nathan, 1998

THIETART Raymond-Alain (professeur de management), *Que sais-je ? Le management*, n°1860, 11ème éd., PUF, 2003

DERENNE Odile et LAMY Yves (directeurs d'hôpitaux et professeurs en gestion des ressources humaines à l'EHESP), *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitaliers*, Presses de l'EHESP, 10ème édition, 2010

SAISON Johanne (Juriste et Professeure de droit), *Droit hospitalier*, col. Fonction publique hospitalière, Catégorie A, éd. Gualino, 4ème éd., juin 2019

Cours

CRISTOFALO Paula (sociologue et MCF à l'EHESP), *Dialogue social : enjeux et perspectives*, intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, avril 2019

SAISON Johanne (juriste et professeure de droit), *Droit de la santé*, Master 1 Droit de la santé, Université de Lille, 2019-2020

DIRRINGER Josépha (MCF en droit), *Droit social : relations collectives, Leçon 1 Histoire et caractéristiques du système des relations collectives de travail*, Université Numérique Juridique Francophone

ROBIN SANCHEZ Nathalie (professeure en management et gestion ressources humaines à l'EHESP), *La marque employeur à l'hôpital*, in. [fhf.fr](http://mooc-attractivite.fhf.fr/module-2-projet-social-medical/accueil-des-internes-et-des-jeunes-medecins/module_2_marque_employeur/)
http://mooc-attractivite.fhf.fr/module-2-projet-social-medical/accueil-des-internes-et-des-jeunes-medecins/module_2_marque_employeur/

Fiches, études, rapports

DE SINGLY Chantal (directrice de l'Institut de management de l'EHESP, ancienne directrice d'hôpital, directrice générale de l'Agence régionale de santé Océan Indien), *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports, 11 septembre 2009

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Le Pacte de confiance pour l'hôpital, Rapport du Groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines, *Dialogue social : Reconnaître - Rénover - Réussir*, janvier 2013

Haute autorité de santé, Elaborer et mettre en oeuvre des critères de qualité, juillet 2013
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/critere_de_qualite_format2clics.pdf

Discours de Myriam El Khomri (ancienne Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social) lors de la commission nationale de la négociation collective, 24 février 2016

PITRAT-HASSAN Carine (ancienne chargée de mission à la Direction générale de l'offre de soins), *Recueil des fiches pratiques sur l'efficacité hospitalière, Fiche 2-2 : Qualité et sécurité des soins*, mars 2016

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, *La syndicalisation en France : Des salariés deux fois plus syndiqués dans la fonction publique*, DARES Analyses, n°025, mai 2016

Haute autorité de santé, Enquête "Satisfaction des patients à l'hôpital et en clinique", décembre 2017 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2814068/fr/satisfaction-des-patients-a-l-hopital-et-en-clinique-la-has-publie-les-resultats-2017

Direction générale de l'offre de soins, *Les élections professionnelles 2018 dans la fonction publique hospitalière*, 18 janvier 2019
<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/fonction-publique-hospitaliere-607/les-dossiers/article/les-elections-professionnelles-2018>

Cour des comptes, *La Sécurité sociale, La situation financière de la Sécurité sociale en 2018 : un solde proche de l'équilibre, des efforts de maîtrise des dépenses à poursuivre* (rapport), juin 2019

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Dossier de presse : Les conclusions du Ségur de la santé*, juillet 2020

Sitographie

Site internet de l'Organisation internationale du travail, Dialogue social :
<https://www.ilo.org/ifpdial/areas-of-work/social-dialogue/lang--fr/index.htm>

Site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé, Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/fonction-publique-hospitaliere-607/article/le-conseil-superieur-de-la-fonction-publique-hospitaliere>

Site du Ministère de la transformation et de la fonction publiques, Conseil commun de la fonction publique :
<https://www.fonction-publique.gouv.fr/26-quest-conseil-commun-de-la-fonction-publique-ccfp>
<https://www.fonction-publique.gouv.fr/conseil-commun-de-la-fonction-publique>

Agence régionale de santé, Stratégies nationales d'amélioration de la qualité de vie au travail pour les professionnels exerçant en établissement et en ambulatoire, in. *La qualité de vie au travail des professionnels de santé*, 24 juillet 2019
<https://www.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante?parent=5348>

Site internet de la FHF, Conseil supérieur de la FPH : commission des emplois et métiers et représentation équilibrée, texte du 27 décembre 2016 :
<https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Gouvernance-dialogue-social/Conseil-superieur-de-la-FPH-commission-des-emplois-et-metiers-et-representation-equilibree-texte-du-27-decembre-2016>

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, *Brève histoire d'un concept*, 25 novembre 2013
<https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept>

IFOP et Fondation impact santé, *Sondage : Le regard des Français sur le système de santé*, 5 novembre 2007
<https://www.ifop.com/publication/le-regard-des-francais-sur-le-systeme-de-sante/>

Articles de presse

SCHETTING Hélène (professeur de management, coach en intelligence émotionnelle et bienveillance en entreprise), *Comment devenir un manager bienveillant en 6 points clés ?*, *Forbes France*, 10 février 2017
<https://www.forbes.fr/management/comment-devenir-un-manager-bienveillant/?cn-reloaded=1>

Docteur CROZIER MORTREUX Sophie (neurologue à l'APHP et membre du collectif Inter-hôpitaux), in. "On n'a absolument rien obtenu" : les personnels hospitaliers ont le sentiment de ne pas avoir été entendus, LE HEN Solenne (journaliste), *Franceinfo*, 17 décembre 2019

BEGUIN François et BESSE DESMOULIERES Raphaëlle (journalistes), *La crise due au coronavirus fait exploser le déficit de la Sécurité sociale*, *Le Monde*, 23 avril 2020
https://www.lemonde.fr/economie/article/2020/04/23/la-crise-due-au-coronavirus-fait-exploser-le-deficit-de-la-securite-sociale_6037512_3234.html

QUEGUINIER Thomas (journaliste santé chez Hospimedia), *La progression de l'Ondam 2020 pourrait presque tripler et bondir de 6,5%*, *Hospimedia*, 23 avril 2020
<https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200423-economie-la-progression-de-l-ondam-2020-pourrait>

KALB Françoise (secrétaire nationale de l'UNSA), in. *Séjour de la santé : accord majoritaire des syndicats sur les salaires des personnels hospitaliers hors médecins*, *Le Monde avec AFP*, 10 juillet 2020

KHENICHE Ouafia (journaliste), *Paroles de soignant.e.s, Episode 11 : Anne, kinésithérapeute en réanimation*, France Inter, consultable à : <https://www.franceinter.fr/emissions/paroles-de-soignant-e-s/episode-11-anne-kinesitherapeute-en-reanimation>

