



MÉMOIRE DE RECHERCHE

La réforme du Comité Social d'Établissement et son incidence sur le dialogue
social à l'hôpital public



Remerciements et avant-propos :

Je tiens à remercier mes camarades de classes et amis qui se reconnaîtront, pour leur patience et leurs conseils. Je remercie également Madame Orane Cornette pour sa relecture et son soutien continu. Je remercie Madame Johanne Saison pour ses conseils et la qualité de l'enseignement fourni lors de mes deux années de Master en Droit de la Santé à Lille. Enfin, je tiens particulièrement à remercier Madame Chloé Levignon sans laquelle la rédaction de ce mémoire n'aurait pas été possible.

Les propos tenus dans ce mémoire n'impliquent que leur auteur.

Liste des abréviations

CTE : Comité Technique d'Établissement

CSE : Comité Social d'Établissement

CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

FHF : Fédération Hospitalière de France

OCDE : Organisme de coopération et de développement économique

« La démocratie en santé est une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation ».

- *Site internet des Agences Régionale de Santé*

Sommaire

REMERCIEMENTS ET AVANT-PROPOS :	1
LISTE DES ABREVIATIONS	2
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I : LES PREMICES DU DIALOGUE SOCIAL A L'HOPITAL PUBLIC..	6
I. Le dialogue social par les avancées du droit social	6
A) Le dialogue social en France : une histoire relativement récente	6
B) Le dialogue social dans la fonction publique hospitalière	7
II. L'apparition des organes consultatifs et de la démocratie sanitaire dans la gouvernance hospitalière	8
A) L'institutionnalisation du dialogue social à l'hôpital public.....	8
B) La représentation du personnel de santé dans la gouvernance de l'établissement	9
CHAPITRE 2 : UN DUO D'ORGANES PIVOT DANS UNE GOUVERNANCE DIFFICILE	11
I. L'évolution du rôle de la représentation du personnel au sein des instances	11
A) Un formalisme institutionnel peu propice à la négociation et aux relations sociales.....	11
B) L'immission de la politique dans la gouvernance et la représentation du personnel hospitalier	12
II. Deux organes différents pour un même projet	13
A) Une redondance accentuée par un formalisme procédural.....	13
B) Une dualité utilisée comme levier politique.....	14
CHAPITRE 3 : LA TENTATIVE DE REFORME DU DIALOGUE SOCIAL PAR LE CSE	16
I. Le CSE : un organe facilitateur par sa nature	16
A) La fusion des CTE-CHSCT et son impact dans le dialogue social.....	16
B) Un nouveau rôle essentiel dans la gouvernance de l'hôpital	17
II. L'impact négatif du décret d'application sur les relations sociales	18
A) Un flou sur le nombre d'instances au sein des établissements : les formations spécialisées de site	18
B) Le contexte particulier du dialogue social autour de la réforme du CSE.....	19
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	22
TABLE DES MATIERES	24
ANNEXES	25

INTRODUCTION

Sujet : la réforme du Comité social d'établissement et ses impacts sur le dialogue social à l'hôpital

La définition de la démocratie sanitaire par les agences régionales de santé vient inclure l'ensemble des acteurs du système de santé dans la pratique des politiques de santé. Si Nicolas Sarkozy souhaitait un « vrai patron ¹ » à la tête de l'hôpital, il est désormais évident que la direction d'un établissement public de santé, au titre de l'article L.6141-1 du Code de la santé publique, ne sont pas simplement soumis à l'autorité personnifiée en son directeur. Ainsi, à l'instar de la Commission Médicale d'Établissement, sont prévu dans le processus de gouvernance de l'hôpital une série d'organes représentant les différents personnels médical ou non médical de l'établissement. Par la voie de la consultation notamment, ces instances viennent concourir à la prise de décision et orientent ainsi les politiques et les projets de la direction. C'est dans cette logique que le Comité Technique d'Établissement (CTE), et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) sont institués. Si leurs rôles respectifs sont définis par les textes, il est constaté aujourd'hui une certaine cacophonie dans l'orchestre des instances hospitalières. En effet, l'aspect intrinsèquement politique de la représentation syndicale vient mettre un grain de sable dans ces rouages pourtant bien huilés dans la théorie juridique. C'est fort de ce constat que le gouvernement prend la décision courant 2019 de réformer le dialogue social à l'hôpital public, en proposant un organe déjà présent dans le secteur privé : le Comité Social d'Établissement (CSE).

Le CSE est un organe consultatif au sein des hôpitaux publics, crée par la loi 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique. En application de cette loi, le décret n°2021- 1570 du 3 décembre 2021 relatif aux CSE vient consacrer et définir cette instance, réunifiant les deux organes précédant en un seul.

Le CSE a pour objectif de créer une nouvelle dynamique en matière de relation sociales au sein de la fonction publique. Cette logique d'institutionnaliser les relations entre la direction et les syndicats n'est pas nouvelle, bien qu'il s'agît pour le gouvernement de responsabiliser l'ensemble des acteurs et de mobiliser une nouvelle approche du dialogue social, « plus stratégique, plus anticipée et plus réactive pour accompagner les projets de transformation publique ² ». L'enjeu d'un nouveau comité dans un hôpital où la négociation et le dialogue social sont de plus en plus présent n'est pas anodin. C'est pourquoi la réforme, si elle vient effectivement impacter le dialogue social, se doit d'être analysée tant d'une manière juridique, afin d'en comprendre les tenants, mais également d'un point de vue pratique, puisque c'est également cette dernière qui a participé à l'instauration d'un dialogue moins efficace et chronophage. Il s'agit alors d'analyser l'impact de la réforme que propose l'instauration du CSE et son incidence sur le dialogue social à l'hôpital public en France.

Ainsi, ce mémoire propose, après avoir contextualiser l'avènement du dialogue social à l'hôpital (chapitre 1), d'expliquer les failles et limites de l'institutionnalisation de ce dialogue par le prisme du CTE et du CHSCT (chapitre 2), afin de pouvoir envisager les impacts juridiques et pratiques de l'avènement de cette nouvelle instance qu'est le CSE (chapitre 3).

¹ Par L'Obs, *Nicolas Sarkozy souhaite un « vrai patron » à la tête de l'hôpital*, L'OBS, 11 mai 2019 (version en ligne, consulté le 16 juillet 2022) <https://www.nouvelobs.com/politique/20090511.OBS6365/nicolas-sarkozy-souhaite-un-vrai-patron-pour-l-hopital.html>

² Étude d'impact sur le projet de loi de transformation de la fonction publique, Assemblée Nationale, 27 mars 2019

Chapitre I : les prémices du dialogue social à l'hôpital public

Le dialogue social est désormais un enjeu essentiel dans la gouvernance de l'hôpital. La participation des représentants des personnels dans les décisions et politiques de l'établissement ne sont pourtant pas nouvelles. Il convient d'expliquer dans quel contexte les négociations avec les organisations syndicales se sont formalisées et standardisées à l'hôpital public afin de pouvoir définir les enjeux du dialogue social dans la fonction publique hospitalière (I). Dans un second temps, il est essentiel de rattacher le dialogue social au principe de la démocratie sanitaire, véritable fil directeur du droit hospitalier et de l'organisation institutionnelle de ce dernier (II).

I. Le dialogue social par les avancées du droit social

Afin de comprendre l'apparition des instances consultatives représentatives du personnel au sein des établissements publics de santé, il est particulièrement intéressant de poser le contexte historique et juridique français en termes de représentation syndicale. En effet, si la représentation syndicale découle notamment de la révolution industrielle, le contexte juridique d'après la seconde guerre mondiale permet d'appréhender les enjeux actuels des réformes successives en termes de relations sociales, que ce soit dans le secteur privé (A), ou cette représentation est apparue, avant de pouvoir constater son apparition dans le secteur de la fonction publique hospitalière (B).

A) Le dialogue social en France : une histoire relativement récente

La représentation syndicale en France est une longue histoire sociale qui a commencé véritablement, dans son approche moderne, en 1919, comme le rapporte le sénateur Jean Chérioux dans son rapport déposé le 28 janvier 2004³. Depuis la loi Le Chapelier de 1791, qui interdisait l'existence des corporations et donc des organisations ouvrières, le droit français a connu de nombreuses évolutions en termes de représentation des travailleurs. Sans en faire une liste exhaustive, il convient de retracer chronologiquement les avancées en termes de dialogue social afin de comprendre les enjeux actuels d'une réforme des instances consultatives comme le CSE au sein de l'hôpital public.

Ainsi, il aura fallu attendre 1919 et la loi du 25 mars 1919⁴ pour que soit créé le droit à des conventions collectives permettant d'encadrer le travail par les accords négociés. Cependant, les règles du monde du travail et de l'entreprise sont encore largement sous le joug de la loi, la place au dialogue social et à la négociation reste marginale. Les lois Auroux en 1982 peuvent constituer une première pierre angulaire des relations sociales en ce sens. En effet, ces lois viennent apporter l'obligation de négociation annuelle sur les salaires, l'organisation de la durée du travail, mais également la création du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui vient remplacer le comité précédent. A la lecture du rapport de septembre 1981, de Jean Auroux, alors ministre du travail, la volonté du gouvernement et le futur du droit social en

³ Jean Chérioux, Rapport n° 179 Tome II, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 28 janvier 2004, version en ligne.

⁴ Jean Mouly, *Droit du travail*, Editions Bréal, 2008, p. 260.

France se discernent déjà. En effet, ce sont d'ores et déjà les prémices de la démocratie en entreprise qui sont avancées afin de justifier les quatre lois qui vont suivre le rapport. Celui-ci vient récuser l'idée « de mettre en place une législation pesante composée de blocages »⁵ incitant donc à la négociation et au recours aux conventions collectives, mais, plus avant-gardiste encore, que « les travailleurs doivent devenir les acteurs du changement dans l'entreprise »⁶. Cette formulation ne laisse alors aucun doute sur la direction prise et le droit positif actuel reste toujours dans cette même logique. Il s'agit bien de la sacralisation du droit social et syndical tel qu'il est voué à exister encore aujourd'hui, en entreprise et dans la fonction publique.

Si, d'apparence, la représentativité syndicale en France et la mobilisation qu'elle entraîne peuvent paraître relativement importantes, il se trouve que le taux de syndicalisation en France est assez bas (8,8%), comparaison faite avec les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE)⁷.

Si la représentation syndicale est apparue d'abord dans le secteur privé, il a fallu attendre relativement longtemps avant de la voir apparaître dans la fonction publique, avec les lois statutaires des trois fonctions.

B) Le dialogue social dans la fonction publique hospitalière

Le dialogue social et le droit à la représentation syndicale dans la fonction publique trouvent leur origine dès la parution des lois statutaires de la fonction publique : il s'agit de quatre lois parues entre 1983 et 1986. La première, dite « loi Le Pors », confère les dispositions générales s'appliquant à tous les versants de la fonction publique. Ainsi, son article 8, dans sa première rédaction, vient consacrer le principe encore valable aujourd'hui, bien que n'ayant plus les mêmes fondements juridiques :

« Le droit syndical est garanti aux fonctionnaires. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats. Ces organisations peuvent ester en justice.

Elles peuvent se pourvoir devant les juridictions compétentes contre les actes réglementaires concernant le statut du personnel et contre les décisions individuelles portant atteinte aux intérêts collectifs des fonctionnaires.

Les organisations syndicales de fonctionnaires ont qualité pour conduire au niveau national avec le Gouvernement des négociations préalables à la détermination de l'évolution des rémunérations et pour débattre avec les autorités chargées de la gestion, aux différents niveaux, des questions relatives aux conditions et à l'organisation du travail »⁸.

⁵ Jean Auroux, *les droits des travailleurs : Rapport au président de la république et au premier ministre*, Paris, La Documentation française, septembre 1981, p4.

⁶ *Idem*, p19.

⁷ Statista Research Department, *Proportion de salariés membres d'un syndicat dans les pays de l'OCDE en 2018*, 14 avril 2022 (Annexe 1)

⁸ Article 8 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors (première version).

Le droit syndical et, par-là, les prémices du dialogue social, font leurs apparitions dans la fonction publique. Il s'en suit les premiers accords et décisions concernant l'exercice du droit syndical dans les différentes fonctions publiques.

Pour le secteur public, il aura encore fallu attendre le 2 juin 2008 et les accords de Bercy pour concrétiser une « une nouvelle démocratie sociale dans la fonction publique ». L'impact de ces accords sur les relations sociales n'est pas à minimiser. Il n'y avait jamais eu d'accord signé entre l'employeur public et les syndicats depuis la création même du statut général des fonctionnaires en 1946, ou la consécration du droit syndical par la loi Le Pors. Les accords de Bercy sont donc une première nationale, première pierre d'un édifice sur lequel l'ensemble des relations sociales dans la fonction publique mais également l'ensemble des organisations syndicales et ceux qu'elles représentent s'appuient. Ces accords viennent donc créer un véritable support, en plus d'une consécration, au dialogue social, en implémentant les bases de ce qu'il subsiste aujourd'hui : élections professionnelles, participation aux décisions, consultations, négociations professionnelles, accords collectifs. Ce sont également l'impact des nouvelles politiques de management, qui, encore une fois, découlent du privé, qui s'implémente dans les fonctions publiques. Cela représente tout de même des enjeux considérables dans la fonction publique hospitalière : défense et conditions de travail du personnel, mais également participation aux décisions tenant de l'équilibre budgétaire, de la formation des personnels, de la qualité et de la sûreté des soins.

Une fois la représentation syndicale admise et sacralisée dans la fonction publique, il s'agit de se pencher sa déclinaison à l'hôpital public et sur l'émergence des instances représentative du personnel, symptomatique d'une idée de démocratie dans la fonction publique hospitalière.

II. L'apparition des organes consultatifs et de la démocratie sanitaire dans la gouvernance hospitalière

La démocratie sanitaire s'exprime par les acteurs du système de santé : il s'agit alors d'observer comment la représentation des personnels de santé s'effectue à l'hôpital et la place occupée par les organisations syndicales (B) après avoir étudié le rôle concret des instances désormais consacrées en termes de dialogue social (A).

A) L'institutionnalisation du dialogue social à l'hôpital public

Les accords de Bercy ont consacré véritablement le CHSCT et le CTE en tant qu'organes représentatifs du personnel dans une logique de gouvernance de l'établissement de santé. Ainsi, ces instances sont consultatives : la direction de l'établissement se doit alors de les consulter en fonction des projets de l'hôpital. Tout d'abord, le CHSCT trouve son fondement juridique dans le Code du travail, trace historique de l'avènement par le droit privé (alors dénommé Comité d'Hygiène et de Sécurité) des relations sociales dans la fonction publique. Les articles y faisant référence sont les articles L.4612-1 à L.4612-8 du Code du travail. L'instauration d'un CHSCT est obligatoire pour tous les établissements de plus de 50 agents. Il est précisément affecté à l'analyse des conditions de travail, des risques professionnels auxquels peuvent être soumis les agents ainsi que leur exposition aux facteurs de pénibilité. En plus d'assurer une promotion des risques professionnels, le CHSCT est consulté pour avis avant toute décision d'aménagement important modifiant, comme son nom l'indique, les conditions d'hygiène, de sécurité et de

conditions de travail des agents. Il s'agit finalement d'un rôle assez technique, entre l'expertise, la veille et le conseil en matière de condition de travail. A l'inverse, les CTE sont quant à eux apparus par la loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991 et sont définis par le Code de la santé publique, notamment en ses articles L.6144-4 et R.6144-40 à R.6144-85. Ces textes confèrent un rôle bien plus politique au CTE dans la gouvernance de l'établissement : il est consulté notamment sur le projet d'établissement, le plan d'investissement, le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen, l'état prévisionnels de recettes et de dépenses, l'organisation interne de l'établissement ou encore le règlement intérieur de l'établissement. La liste exhaustive de ses attributions se trouve en annexe 2.

Ces organes, bien qu'ils soient constitués de représentants du personnel de l'établissement présidé par le directeur, sont donc bien différents dans leur nature et leurs attributions. Selon le relevé des conclusions relatif à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique (2008), ces instances devaient donner « un nouveau sens à l'expression des organisations syndicales, en mettant davantage en avant leurs positions respectives et en plaçant plus nettement l'administration devant ses responsabilités, tout en permettant que ceux qui la représentent soient les interlocuteurs les plus concernés en fonction de l'ordre du jour⁹ ». Il s'agit également de pouvoir réunir les acteurs les plus à même de discuter d'un sujet ou d'un projet au sein de ces instances. Les textes législatifs, ainsi que la volonté issue des accords de Bercy, semblent s'accorder sur l'importance données aux instances, véritables autels du dialogue social à l'hôpital. Il s'agit bien de gouverner par consultation, par l'écoute et la négociation.

Ces instances, désormais institutionnalisées et encadrées, constitue aujourd'hui un véritable enjeu dans la gouvernance hospitalière. D'un point de vue aussi bien symbolique que juridique, le CTE et le CHSCT contribuent à un principe directeur du droit de la santé et du système de santé publique français : la démocratie sanitaire.

B) La représentation du personnel de santé dans la gouvernance de l'établissement

Fruit des accords de Bercy, la participation des acteurs de l'hôpital dans la gouvernance de l'établissement public de santé constitue une mise en œuvre de la démocratie sanitaire. Ce principe, d'abord édicté par la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner¹⁰, puis définis par les Agences Régionales de santé comme un principe qui « *vise à associer l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. [Il] prend la forme d'instances de concertation dans lesquelles l'ensemble des acteurs du champ de la santé sont représentés*¹¹ » vient faire participer les citoyens mais aussi l'ensemble des acteurs du système de santé dans la gouvernance de l'hôpital. Il semble alors évident que la représentation des personnels de santé, par le biais des syndicats historiques, ait sa place à prendre. Par le biais des organisations syndicales, et des élections, le personnel hospitalier surveille, contrôle, défend, et débat les décisions de la direction de l'établissement. Ces organisations syndicales occupent donc à la fois un rôle de veille, de contrôle et de défense des droits des travailleurs, mais également, par le biais des organes consultatifs, un véritable rôle de gouvernance. Leurs avis, qui n'est pas nécessairement suivi, permet notamment d'appuyer une décision de la direction. En effet, une décision qui a obtenu un avis favorable en

⁹ Relevé de conclusions relatif à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique (juin 2008) - 23/08/2011, p.11.

¹⁰ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹¹ Site de l'ARS Ile-de-France : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/democratie-sanitaire-definition-et-enjeux#:~:text=La%20d%C3%A9mocratie%20sanitaire%20vise%20%C3%A0,de%20la%20sant%C3%A9%20ont%20repr%C3%A9sent%C3%A9s.>

CTE ou en CHSCT légitime la politique ou le projet de l'établissement, même si cet avis n'est pas pris de manière unanime par les organisations syndicales. A l'inverse, un avis négatif permet aux organisations syndicales d'appuyer leurs revendications et leurs doutes quant à la pertinence d'un tel projet. Cependant, la gouvernance étant ancrée dans ce précepte de démocratie sanitaire, les projets amenés devant le CTE ou la CHSCT sont nécessairement étudiés et travaillés afin d'obtenir un avis favorable des organisations syndicales. En ce sens, bien que l'avis ne soit pas nécessairement suivi, il est observable que les organisations syndicales historiques ont un poids non négligeable dans les décisions et politiques prises par la direction. La démocratie sanitaire s'en trouve donc concrétisée : une décision, prise à l'encontre des avis en CTE et CHSCT perd en légitimité et donc en efficacité. De plus, des décisions allant systématiquement à l'encontre de la volonté des organisations syndicales nuiraient au dialogue social et risqueraient de bloquer voire de braquer ces organisations quant aux autres projets ou politiques menés parallèlement. Sans même aller jusqu'à la possibilité d'une grève, le souci de préserver un dialogue social se voit rester primordial pour la direction de l'établissement. Ce jeu d'équilibre, de négociation et de compromis possède un effet direct sur l'ensemble des décisions prises par l'établissement. La participation des acteurs dans cette gouvernance en est donc exacerbée.

Le dialogue social à l'hôpital s'est donc vu doté d'organes dédiés. Par leurs rôles bien définis dans le rouage de la gouvernance et de la prise de décisions, le CHSCT et le CTE permettent de remplir l'ensemble de l'étendue des sujets qui concernent les représentants des personnels, toujours dans l'optique d'une démocratie sanitaire concrète. Cependant, la pratique tend à s'éloigner de l'idée d'un dialogue efficace et bénéfique. En effet, il est assez rapidement constaté une détérioration du dialogue. Cet aspect négatif semble survenir des tensions politiques de tels instances. D'un point de vue plus approfondi, ce sont le fonctionnement des instances elle-même qui peut être critiqué. Il s'agit alors d'analyser la dégradation des relations sociales par le prisme du duo CHSCT- CTE.

Chapitre 2 : Un duo d'organes pivot dans une gouvernance difficile

Si l'apparition du CTE et du CHSCT est unanimement conçue comme un progrès et une normalisation des relations sociales à l'hôpital, il est nécessaire de constater les limites de ces deux organes en termes de gouvernance de l'établissement. Pourtant, il est également constaté une deuxième déficience dans ces organes. En effet, ce duo d'organes, n'ayant pourtant pas les mêmes ambitions ni la même nature, se trouvent souvent en concurrence dans leur rôle respectif.

Afin de présenter dans le chapitre suivant les enjeux fondamentaux de la réforme et de l'apparition du CSE, il convient, dans le présent chapitre, de mettre à jour et de définir les limites de l'organisation actuelle de la représentation syndicale. Ainsi, il est nécessaire d'expliquer l'évolution du rôle de la représentation du personnel au sein même des instances (I), avant de mettre en avant une certaine confusion de nature entre le CHSCT et le CTE (II).

I. L'évolution du rôle de la représentation du personnel au sein des instances

Le premier rôle du CTE, tel qu'il découle des textes, et de faire participer le personnel hospitalier dans la gouvernance de l'hôpital. De même, le CHSCT, comme son nom l'indique, est chargé de veiller aux conditions de travail des personnels. Pourtant, il est nécessaire de constater une dégradation de ces rôles. En effet, le bras de fer entre les représentants du personnel et la direction se retrouve sanctuarisée. De plus, un double aspect politique semble apparaître : celui de la politique au sens de la stratégie et des jeux de pouvoirs, mais également la politique au sens plus noble ou historique du terme : les organisations syndicales accaparent les sièges de la représentation et amènent sur la table des revendications nationales. Ainsi, afin de comprendre la nécessité de la réforme, il convient d'analyser l'évolution du rôle de la représentation du personnel au sein des instances, que ce soit par un formalisme dépassé, ne permettant aucune souplesse, accentué par une redondance institutionnelle (A), avant de d'étudier la contamination des débats par des oppositions symboliques et politiques (B), qui tendent parfois à s'éloigner des enjeux hospitalier plus concret, ou par des réaction de principe, qui nuisent forcément au bon dialogue social et à une gouvernance éclairée.

A) Un formalisme institutionnel peu propice à la négociation et aux relations sociales

Le dialogue social est avant tout une forme de négociations entre différents acteurs, afin de trouver les décisions les plus favorables à tous. Comme l'exprime clairement Zaynab RIET, Déléguée Générale de la Fédération Hospitalière de France (FHF), « *la négociation collective, si elle ne conduit pas toujours à une solution consensuelle permet au moins aux acteurs de s'y essayer et d'enrichir la décision de cette pluralité d'intérêts* »¹². Pourtant, si les ambitions sont bien présentes, il est de constat simple que la négociation n'est pas qu'une histoire d'institutionnalisation des débats. Si la promesse du CTE et du CHSCT sont bien d'avoir des

¹² Guide d'appui à la négociation collective dans la fonction publique hospitalière, FHF, janvier 2022, p3.

lieux dédiés aux débats et à l'échange, le simple fait de le décréter n'a pas forcément d'impact majeur sur l'efficacité ou les volontés d'échanger. Ainsi, c'est même parfois le formalisme édicté par les textes mais aussi les règlements intérieurs des hôpitaux concernant ces instances qui paralysent le débat. En effet, la négociation passe aussi par des échanges informels, des réunions bilatérales avec une organisation syndicales puis une autre. Tout ne se joue pas dans des instances tenues au formalisme par les textes mais aussi par les organisations syndicales qui voient tout dérogement aux règles bien établies comme un affront ou une tentative de mauvaise foi de la part de la direction. Il suffit pour s'en convaincre d'assister à l'une de ces instances pour s'apercevoir qu'un défaut d'enregistrement, ou une information pas assez précise peut faire l'objet d'une remarque ou d'une suspension de séance. Le guide d'appui à la négociation collective de la FHF vient lui-même insister sur ce point : la négociation n'est pas uniquement la connaissance des éléments juridiques, des droits et des devoirs des différents acteurs, mais aussi de la technique de négociation. De plus, la négociation, inhérente à un dialogue social riche et bénéfique, doit se différencier de la simple consultation, ou information. Si le principe de la participation des agents publics à la gestion et au fonctionnement de l'hôpital est prévu dès 1983 par la loi dite Lepers¹³, mettant en avant les mécanismes d'information des représentants du personnel, le dialogue social à vocation à aller bien plus loin. Bien que certaines informations soient rendues obligatoires par les textes, la négociation des acteurs en vue de la prise de décision offre, en plus de décisions mettant les acteurs dans des positions favorables, des décisions légitimes et plus à même d'être comprises et suivies.

Si l'institutionnalisation des instances et de leurs procédures était censée réaffirmer le dialogue social par la négociation¹⁴, force est de constater que ces derniers ont fini par être centrés sur ces mêmes instances. Ainsi, le dialogue social s'en trouve appauvri et les négociations trop formalisées.

B) L'immission de la politique dans la gouvernance et la représentation du personnel hospitalier

Il ne faut certainement pas sous-estimer l'aspect politique de telles instances. En effet, les représentants du personnels, élus, sont constitués au sein des organisations syndicales, qui sont souvent à une échelle nationale. On retrouve ainsi principalement la Confédération Générale du Travail, Force Ouvrière, l'Union Nationale des Syndicats Autonomes ou encore la Confédération Française Démocratique du Travail. Les débats et les présentations dépassent donc parfois le projet lui-même, les organisations syndicales étant investies d'un pouvoir politique et de revendications symboliques ou de principes. Il n'est donc pas rare d'assister à des abstentions lors de projet pratique, ou « apolitique », par pur principe. L'expression d'un désaccord général avec la direction de l'établissement peut également passer par une politique de la chaise vide. C'est notamment le cas en période d'élection, où les organisations syndicales ont également un agenda politique à tenir. Le dialogue social dans son sens de participation des représentant à la gouvernance de l'hôpital, ainsi que leur rôle de veille par l'information en séance se trouve altérée. Les directions se voient alors investie malgré elle d'un devoir de négociation politique en dehors des cas expressément prévus par la loi, comme pour les préavis de grève par exemple. Il s'agit alors, pour l'ensemble des acteurs, d'analyser les positions et les

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

¹⁴ Relevé de conclusions relatif à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique (juin 2008) - 23/08/2011, p. 3 et p.8-11.

concessions possibles de chacun. L'entrée de la négociation au sein de la gouvernance hospitalière est pourtant relativement récente : il s'agit de la loi de transformation de la vie publique de 2019. Cependant, un certain nombre de guides sont déjà paru afin de soutenir les directions face à une politisation des échanges, et une généralisation des sujets abordés. Ces guides viennent témoigner de l'ampleur qu'a pris aujourd'hui le dialogue et la négociation avec des organisations syndicales politiques au sein même de la fonction publique hospitalière. Il s'agit d'une des prérogatives nouvelles qu'exercent aujourd'hui les directions des ressources humaines à l'hôpital public, dénommées depuis direction des ressources humaines et des relations sociales. Un des guides, venu par ailleurs accompagner la réforme du CSE, est le guide délivré par la FHF intitulé *Guide d'appui à la négociation collective dans la fonction publique hospitalière* (janvier 2022).

Ces guides viennent non seulement récapituler les fondamentaux de la négociation politique, mais viennent également instruire sur les revendications possibles des différents acteurs. Ces parutions sont des bons témoignages de la généralisation, volontaire et consciente, des négociations au sein de la gouvernance hospitalière. Pourtant, cet aspect a pu se faire au détriment du dialogue social. En effet, une surpolitisation des sujets et des enjeux qu'ils portent peuvent amener à des situations inextricables par le dialogue seul. Ainsi, la loi de transformation de la vie publique de 2019, annonçant les prémices d'un nouveau dialogue social à l'hôpital au prochain renouvellement des instances, a pu instaurer également son lot de problématiques, face à une véritable généralisation de la négociation dans des instances n'ayant pas la vocation d'être des chambres parlementaires, mais des organes consultatifs de représentation du personnel hospitalier.

Cette évolution du dialogue social et du rôle même de la représentation syndicale à l'hôpital public est donc à l'encontre d'un formalisme institutionnel. Cependant, la dualité même des instances crée des problématiques qui lui sont propre : le dialogue social est rendu confus et chronophage, pour tous les acteurs, par la dualité des instances. Ces deux problématiques viennent amplifier la nécessité d'une réforme structurelle.

II. Deux organes différents pour un même projet

La présence de ces deux instances, pensées au départ comme complémentaires, fait surgir aujourd'hui une certaine redondance. Empêchant par ailleurs un dialogue social sein par un formalisme procédural double (A), l'aspect politique qui s'en est emparé utilise comme un levier cette confusion des rôle (B).

A) Une redondance accentuée par un formalisme procédural

Bien que défini par des textes différents, et ayant des compétences complémentaires, il n'est pas rare de voir les rôles respectifs du CHSCT et du CTE confondus. En effet, les deux instances sont vouées à représenter le personnel des établissements, ce qui induit parfois une redondance des avis, des prises de positions ou encore des personnes présentes. La première réside dans les acteurs présents physiquement : ils sont souvent les mêmes. Si certaines organisations syndicales délèguent des membres en fonction de leurs expertises en politique pour le CTE et en hygiène et sécurité au travail en CHSCT, les représentants de la direction sont régulièrement contraints de devoir exposer un même projet aux mêmes personnes physique. Cette perte de temps de dialogue social, que ce soit pour la direction ou pour les organisations syndicales, est due au protocole nécessaire à la bonne tenue des instances dans leur procédure. Les

présentations sont bien axées en fonction de la nature de l'instance, mais il est évident qu'un temps conséquent peut être économisé que ce soit pendant l'instance, ou bien lors de la préparation de celles-ci. Pour prendre un exemple concret, le même projet de créer un centre d'appel et de prise de rendez-vous nécessite un exposé pour avis devant le CTE, être mis à l'ordre du jour au moins 15 jours avant devant le secrétaire du CTE, et demande une certaine préparation afin de bien exposer tous les enjeux budgétaires et d'engagement de l'établissement, ainsi que de préparer les réponses aux interrogations amenées par les organisations syndicales, aux risques de repousser la mise au vote pour avis lors d'une prochaine séance. De la même façon, le projet doit ensuite être exposé devant le CHSCT, avec la même procédure, pour recueillir l'avis des organisations syndicales cette fois-ci sur des questions concernant les conditions de travail dans ce même centre d'appel. Il apparaît évident, d'autant plus qu'il s'agit régulièrement des mêmes personnes, qu'une seule séance aurait pu suffire afin de débattre de ces sujets en une seule fois. Chaque acteur perd en temps utile, que ce soit dans la répétition des séances ou dans les procédures.

Il faut rajouter à cela deux éléments encombrants d'autant plus le dialogue social. Tout d'abord, l'ancien article L.236-6 du Code du travail prévoit que « eu égard à la nature, la fréquence et la gravité des risques, aux dimensions et à la répartition des locaux ou groupes de locaux, au nombre des travailleurs occupés dans ces locaux ou groupes de locaux ainsi qu'aux modes d'organisation du travail », les comités peuvent convenir, en accord avec le directeur d'établissements, d'instaurer plusieurs CHSCT dit « locaux », afin de garantir une certaine proximité avec les sites et les personnels et, dans l'esprit du texte, faciliter le dialogue social. Or, la présence de cette multiplicité d'instance rend diffus ce même dialogue, et est d'autant plus chronophage puisqu'il s'agit alors de présenter et discuter d'un même projet devant chacune des instances concernées. A titre d'exemple, le CHU de Lille possède 12 CHSCT locaux en plus du CHSCT dit « central ». Le temps nécessaire à la préparation et la redondance de ces séances ne peuvent en aucun cas contribuer à un dialogue social sain et efficace.

Cette confusion est parfois volontaire, puisqu'elle permet d'être utilisée à des fins essentiellement politique, ou d'opposition de principe.

B) Une dualité utilisée comme levier politique

Si la confusion des organes a pour conséquence des répétitions formelles chronophages, il est également observable une certaine confusion de nature. En effet, la présentation d'un projet par la direction en CTE soulèvera nécessairement des questionnements sur les conditions de travail et de sécurité des agents, pouvant aller jusqu'à l'abstention de certaines organisations, ou même jusqu'à un vote défavorable au projet. Il faut pourtant bien comprendre que ces interrogations, aussi légitime soient-elles, n'ont pas lieu d'être en CTE mais bien en CHSCT. Il est donc dommageable qu'un projet puisse faire l'objet de votes défavorables pour des raisons extérieures à la nature des débats. Si cette problématique pourrait hypothétiquement être écartée par une discipline et une clarté dans la nature des enjeux débattus, il est évident qu'il s'agit du fonctionnement des instances en elles-mêmes qui crée cette confusion. D'un point de vue politique, les organisations syndicales n'ont pas grand intérêt à approuver un projet en CTE sur son principe pour le désapprouver en CHSCT sur les répercussions en termes de santé et de sûreté du travail. A l'inverse, un projet n'emportant aucune réprobation pour son impact sur les conditions de travail en CHSCT n'obtiendra rarement un avis favorable si son ambition même ne convient pas aux organisations syndicales. Pourtant, il s'agit bien là de la théorie même du fonctionnement de ces deux instances. En pratique, les organisations syndicales condamnent la proposition dans les deux instances. Le dialogue social s'en trouve donc biaisé, les débats

contaminés par des observations sans objet dans l'une ou l'autre des instances, et le projet bloqué pour des raisons qui auraient pu être négociées ou aménagées ultérieurement.

La confusion des deux organes de représentations, pourtant bien délimités dans leur rôle en théorie, crée nécessairement une perte de temps pour la direction et pour les organisations syndicales en termes de préparation mais également lors de la tenue des instances. De plus, l'aspect intrinsèquement politiques de la représentation du personnel et de la direction lors de ces instances peut parfois bloquer les débats et braquer les négociations sur des questions de principes. En effet, « *il y a de manière récurrente des abus de droit traduisant une dynamique syndicale qui utilise le CHSCT non pas pour travailler de concert avec l'employeur sur des problématiques de santé au travail mais comme un outil de lutte syndicale ou sociale voir pour des considérations purement politiques*¹⁵ », comme le traduit dans son article Maître Guillaume Champenois. Ce constat semble donc être partagé par les professionnels du dialogue social.

Les problématiques analysées ci-dessus sont les causes directes ou sous-jacentes d'un dialogue social rendu difficile et de négociation parfois dans l'impasse. Dans un contexte de crise sanitaire et de défiance de la direction, une réforme importante des organes personnifiant le rapport entre la direction et les organisations syndicales, et plus largement, le personnel hospitalier, s'imposait. Il s'agit alors d'éprouver l'analyse des textes afin de comprendre les avantages et les limites de la nouvelle réforme fusionnant les instances en une seule : le CSE.

A) ¹⁵ Guillaume Champenois, *Fusion du CTE et du CHSCT : à la recherche d'un dialogue social efficient*, houdart.org, 4 avril 2019.

Chapitre 3 : La tentative de réforme du dialogue social par le CSE

La réforme a été annoncée par la loi de 2019 de transformation de la vie publique. Pourtant, les textes présentant le CSE dans la fonction publique hospitalière ne sont parus que très tardivement, pour une réforme pour le moins conséquente. Modifiant en profondeur la représentation du personnel, le rôle des syndicats, leurs poids dans la gouvernance, cette réforme était attendue par tous en ce qu'elle viendrait pallier les difficultés rencontrées en CHSCT et en CTE. Si peu de littérature juridique existe au moment de la rédaction de ce mémoire, il semble essentiel de faire un premier point sur l'impact de la réforme, tant en droit qu'en relation sociale à l'hôpital.

Ainsi, il convient de présenter le CSE comme un organe facilitateur, plus souple, et répondant aux difficultés inhérentes au dialogue social dans la fonction publique hospitalière (I). Toutefois, une réforme d'une telle ampleur et d'une telle nature amène nécessairement son lot de questionnement et des difficultés de mise en place. En effet, celle-ci se déroule en plein renouvellement des instances, donc en période d'élection. Tout en surchargeant le calendrier des différents acteurs, un climat politique tendu par ces élections professionnelles vient cristalliser les tensions. L'arrivée du CSE et son impact sur les relations sociales semble être donc d'une efficacité mitigée (II)

I. Le CSE : un organe facilitateur par sa nature

Si l'analyse juridique tend à montrer que la réforme vient fusionner en un seul organe les deux instances que sont le CTE et la CHSCT, la parution du décret d'application le 3 décembre 2021 montre, à l'instar de la réforme précédente dans le secteur privé, une véritable refonte du dialogue social à l'hôpital public. Il s'agit de rendre plus efficient le dialogue et la confrontation entre la direction et les organisations sociales, toujours dans une logique de gouvernance plus souple et démocratique. Il s'agit alors d'analyser en quoi le CSE reprend les attributions du CTE et de la CHSCT dans un premier temps (A), avant d'évaluer son apport dans une gouvernance démocratique de l'établissement de santé (B).

A) La fusion des CTE-CHSCT et son impact dans le dialogue social

Cette réforme intervient par le décret du 3 décembre 2021, lui-même tiré de l'application de l'article 4 du titre premier de la loi de transformation de la fonction publique. Si le CSE est parfois admis comme une fusion CTE-CHSCT, c'est qu'il sera désormais le seul organe ayant une personnalité juridique à l'hôpital. Pour autant, les missions du CHSCT ne sont pas supprimées. En effet, le CSE possède en son sein une formation spécialisée en matière de santé, sécurité et de conditions de travail. Prévue par l'article 12 du décret, ses compétences semblent assez similaires à celle du CHSCT. Une comparaison plus exhaustive est disponible en annexe 3. Elles sont déclinées à l'article 42 à 59 du décret :

- L'analyse des risques professionnels des agents,
- La proposition d'actions de prévention,
- La réalisation de visites de conformité dans les services,
- L'organisation d'enquêtes en cas d'accident de travail ou maladie professionnelle graves,

- La consultation du rapport annuel fournit par la direction faisant le bilan des conditions de travail et annonçant le programme de prévention de l'établissement pour l'année à venir.

Ces compétences rejoignent celles du CHSCT. Cependant, une des compétences attribuées au CHSCT est désormais directement de la compétence du CSE : il s'agit de la consultation pour les projets qui s'intègrent dans une réorganisation de service, qui sont examinés directement en assemblée plénière (article 36 du décret). Cette consultation, plutôt sensible en pratique, représente bien à elle seule la volonté de réduire et simplifier le formalisme et la procédure double nécessaire à certaines décisions de la direction. Par son intégration complète au sein même du CSE, cette formation spécialisée permettra un meilleur dialogue et une meilleure compréhension du fonctionnement du dialogue social institutionnalisé. Cela passe notamment par la suppression de la dualité de nature entre les deux instances : les différents acteurs se retrouvent alors dans un même lieu. Cette fusion permet également de dépasser les tendances du CHSCT de devenir un défouloir politique. La formation spécialisée est recentrée sur ses aspects premiers des conditions de travail, de l'hygiène et de la sécurité. Elle n'est formée uniquement lorsque le sujet est nécessaire, et non plus régulièrement voire systématiquement, sur la demande des organisations syndicales, afin de bloquer ou ralentir un projet de l'établissement. Il s'agit véritablement de renforcer le dialogue social mais surtout de le rendre bien plus efficient. La fusion permet donc de dépasser les redondances de procédures et de préparation, la dilution et la répétition des débats. Pour finir, cette fusion, déjà présente dans le secteur privé depuis 2017, n'a pas manqué de montrer ses preuves d'efficacité dans un dialogue social réaffirmé. Si la représentation syndicale peut néanmoins en souffrir, le nombre d'instance tenues sera nécessairement inférieur, dès lors qu'il ne sera pas systématique.

Après avoir vu la transformation partielle du CHSCT en formation spécialisée au sein du CSE, il s'agit d'analyser le nouveau rôle de ce dernier par ses nouvelles compétences mais aussi par son implication dans la gouvernance de l'établissement public de santé.

B) Un nouveau rôle essentiel dans la gouvernance de l'hôpital

Le CSE, quant à lui, ne perd pas non plus des prérogatives appartenant au CTE. En effet, seuls trois points sont rajoutés aux compétences du CTE, en plus de celles que le CSE conserve :

- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence du conseil de la vie sociale, de la Commission Médicale d'Établissement, de la commission des usagers et de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques. L'impact de l'implication du personnel de l'hôpital ne fait aucun doute sur ces sujets, ce qui responsabilise d'autant plus les titulaires de sièges au CSE dans la politique de l'établissement en la matière.
- L'organisation interne de l'établissement, les projets de réorganisation de service ainsi que pour les GCS toute modification de la convention constitutive qui a un impact sur l'organisation du travail dans le groupement. L'organisation du travail est un sujet fondamental lors des négociations entre la direction et les syndicats. Au risque de sur institutionnaliser ces débats, il semble tout de même cohérent d'impliquer les représentants des personnels dans ces démarches.
- Projets de lignes directrices de gestion relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, aux orientations générales en matière de promotion et de

valorisation des parcours professionnels. La mise en œuvre des lignes directrices de gestion fera d'ailleurs l'objet d'un bilan annuel devant le CSE : il s'agit alors d'informer les membres de l'instance des politiques mise en œuvre par la direction dans un souci de transparence et de cohérence des débats. Cette vision globalisante permettra sans aucun doute une meilleure efficacité des débats, et atténuera le côté politique des séances, du fait de cette transparence accrue.

Dans une autre dimension, pour les établissements les plus conséquents, la réforme tend à reprendre la délocalisation des instances en des instances locales. Ce fut le cas des CHSCT dit « locaux », qui se répartissaient sur l'ensemble des campus hospitaliers. La logique étant de faire participer les représentants locaux du personnel afin qu'ils soient plus à même de discuter des questions étant de l'attribution du CHSCT, du fait de leur connaissance du service ou du bâtiment faisant l'objet d'un projet. Cette caractéristique de proximité se retrouve dès le début du décret du 3 décembre, en son article 3. Celui-ci permet la création de formation spécialisée dite « de site », lorsque « leur création est justifiée par un risque professionnel particulier qui concerne un ou plusieurs services implantés géographiquement dans un même immeuble ou dans un même ensemble d'immeuble ». En plus de garantir un dialogue local, l'importation des règles des CHSCT dans le droit de la fonction publique est plus que cohérent, face à une instance qui dépendait du droit du travail.

Si la réforme et l'installation du CSE semble bien englober les critiques et les tensions émanant d'un dialogue social rendu confus et difficile, par la réunion des instances, une définition claire des rôles respectifs dans la gouvernance de l'hôpital, la parution du décret d'application peut également révéler certaines limites. Ainsi, la réforme ne peut être envisagée sans certaines réserves quant à son impact positif sur le dialogue social.

II. L'impact négatif du décret d'application sur les relations sociales

Le décret d'application, paru tardivement, laisse paraître quelques réserves sur l'efficacité de la réforme qu'il est nécessaire d'aborder afin de comprendre, dans sa totalité, l'impact de l'arrivée du CSE dans les établissements publics de santé. Ayant pourtant apporté, en théorie, des solutions à un dialogue social en difficulté, deux tares sont identifiables après analyse du texte en lui-même et de la situation dans lequel il paraît. Ainsi, il convient dans un premier temps d'étudier le pavé dans la mare que constitue cette réforme, en ce qui concerne la tentative de maîtriser le nombre d'instance que sont les formations spécialisées de site (A), avant de comprendre en quoi un texte paru tardivement dans un contexte d'élection professionnel tend à crispier d'autant plus les relations sociales, sur le court et moyen terme (B).

A) Un flou sur le nombre d'instances au sein des établissements : les formations spécialisées de site

Dans un premier temps, c'est bien le texte du décret lui-même qui semble poser un problème d'interprétation. L'analyse juridique du texte, notamment l'article 3, révèle une certaine ambiguïté dans l'interprétation à en faire. Selon cet article, lorsque des risques professionnels particuliers sur un ou plusieurs sites de l'établissement le justifient, plusieurs formations spécialisées peuvent être créées, ayant pour compétence le site qui lui est attribuée. Ces formations font donc écho de par leur mission et leur logique de site, au CHSCT locaux. Or,

cette formulation laisse place à deux nombreuses interprétations possibles. Dans un sens, cela permet une certaine souplesse, pour les plus gros établissements, de satisfaire au mieux leurs besoins et de couvrir au mieux leur campus, dans une logique de proximité. A l'inverse, pour ces mêmes établissements, où le dialogue social peut être tendu, cela peut mener aux mêmes dérives de multiplications des instances et des organes, ce qui conduit irrémédiablement à une dilution et une cacophonie pour certains projets. Une trop grande pluralité d'instances pour un même établissement augmente considérablement le temps perdu en procédure et en préparation, ainsi qu'en négociation. Ainsi, il ne s'agit pas de répéter les mêmes erreurs, et le but recherché par les établissements dans cette réforme est également de réduire le nombre d'instances dites locales, tout en préservant un dialogue de proximité. C'est donc aux établissements de préparer une stratégie, qu'elle soit dans une logique géographique ou une logique de risque, afin d'envisager le nombre de formations de site nécessaires et de le négocier avec les organisations syndicales.

La logique de risques pose l'inconvénient évident devoir créer une formation de site pour chaque risque, en fonction de l'analyse posée sur le terme « risque particulier ». Si cela permet de former des formations compétentes de manière transversales entre les sites, la définition d'un risque particulier reste trop subjective à chaque service ou bâtiment : elle est donc difficilement justifiable et sa légitimité pourra toujours être remise en question. A l'inverse, la logique géographique permet d'ancrer les formations de site au sein d'un site ou d'un bâtiment, venant ainsi récupérer sous sa compétence l'ensemble des risques y afférents. L'inconvénient de cette démarche est de susciter une redondance de certaines questions sur plusieurs formations de site, par exemple, pour un risque concernant plusieurs sites ou bâtiments, comme les risques liés à l'imagerie ou au transport.

Le décret du 3 décembre 2021 reste trop évasif sur cette question pourtant cruciale, puisque une fois le nombre de formations de site définis, il est quasiment impossible de le réduire sans l'accord des organisations syndicales. L'enjeu du sens de l'analyse du texte, s'il permet une certaine souplesse, constitue également un écueil potentiel pour les établissements où les tensions entre la direction et les organisations syndicales sont majeures.

Si le texte en lui-même ne répond pas à toutes les attentes des établissements en termes de réforme, le contexte dans lequel paraît le décret ne facilite pas non plus le dialogue social, sur le court terme comme sur le long terme.

B) Le contexte particulier du dialogue social autour de la réforme du CSE

Dans un second temps, il s'agit de rappeler que, comme la loi de transformation de la vie publique le prévoyait en son article 94, la réforme aurait lieu « au plus tard lors du renouvellement des instances ¹⁶ ». D'un point de vue des relations sociales et des organisations syndicales, il s'agit donc d'une année d'élection professionnelle, ce qui a tendance à tendre encore plus les relations entre les représentants et la direction. Ainsi, la réforme rend ces élections encore plus cruciales pour chacun des acteurs. Avec les enjeux liés au nombre d'instances cités plus haut, les règlements intérieurs des nouvelles instances à rédiger et à négocier avec les organisations syndicales, l'ambiance peut très vite devenir délétère. Pour ne rien arranger, le texte, pourtant attendu depuis la loi de la transformation publique en 2019, n'est paru seulement le 3 décembre 2021, pour un renouvellement l'année d'après. Les capacités d'effectuer une concertation avec les représentants du personnel, après analyse du

¹⁶ Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, article 94.

texte et de ses ambiguïtés se trouvent considérablement amenuisées. La volonté d'une réforme d'ampleur des relations sociales en souffre donc nécessairement. La rédaction, les négociations et les prises de positions effectuées toutes les trois dans l'urgence empêchent un climat serein d'innovation et de réflexion profonde du système et privilégie le retour aux habitudes. L'exemple des formations de site est parlant : faute d'avoir pu trouver une interprétation novatrice et conciliante des intérêts de chacun, et sous la pression des organisations syndicales, le risque de retrouver les mêmes débordements en termes de multiplicités, ou de confusion des débats, n'est pas à négliger. Sans permettre une réelle prise de hauteur, la réforme du CSE peut, sous certains aspects, laisser penser à un emballage cadeau dénué de réelles avancées, où repenser la culture même des organisations des instances, et donc du dialogue social, n'est pas possible.

Ainsi, une réforme attendue, qui promettait de répondre aux problématiques d'un dialogue social rendu complexe, diffus et trop institutionnalisé, est gêné par le contexte même qui entoure la parution du décret. Les tensions entourant les élections risquent alors de se cristalliser, sur la réforme en elle-même, mais également sur tous les sujets courants durant l'année 2022, et possiblement sur un plus long terme si les organisations syndicales ne ressortent pas satisfaites des décisions prises par la direction, où si cette dernière concède trop de marge de manœuvre aux organes représentatifs, pourtant essentiel dans une gouvernance de proximité.

CONCLUSION

Les instances consultatives de représentation du personnel dans les établissements publics de santé sont des organes phares de la démocratie sanitaire et de la gouvernance de l'hôpital. Leur aspect politique, évoqué au travers des syndicats, est historique. Pourtant, force est de constater que le CTE et le CHSCT souffrent d'un certain nombre de travers ne permettant plus un dialogue social serein et efficace. C'est tout l'enjeu de la réforme présentée comme celle du CSE, apportée d'abord par la loi de transformation de la vie publique parue en 2019. Il aura fallu pourtant attendre le décret d'application de cette loi le 3 décembre 2021 pour que soit définis précisément l'ampleur de la réforme ainsi que la définition de ce nouvel organe au centre du dialogue social. L'ambition d'en finir avec la dualité, tant décriée de part une certaine redondance, entre le CTE et le CHSCT est tout à fait entendue par les textes. La réunion en une seule instance permet un débat plus clair et un gain de temps tout à fait considérable. Ce gain n'est pas effectué au détriment du temps nécessaire aux expertises et à la veille de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail, désormais effectuées par une formation spécialisée au sein même du CSE. La concentration des compétences au sein du CSE n'est pas non plus effectuée au détriment d'un dialogue de proximité, notamment au sein des plus grands établissements de santé : la création des formalisations spécialisées de sites permet d'englober les risques particuliers pesant sur le personnel au sein des différentes zones des campus hospitaliers. Ainsi, la réforme s'annonce être novatrice et semble garantir une nouvelle relation entre les directions des hôpitaux et les organisations syndicales représentatives des professionnels.

Cependant, certains aspects restent à nuancer. La réforme, et surtout son décret d'application permettant de véritablement définir son ampleur, sont arrivés trop tardivement par rapport à l'échéance donnée. Ce fait empêche donc une véritable prise de hauteur par rapport à son ambition, et réduit les capacités à changer véritablement la culture et la nature des relations sociales. Le contexte des élections professionnelles risque de cristalliser d'autant plus les échanges entre les directions et les organisations syndicales, tuant dans l'œuf les possibilités d'innovation et de nouveau départ serein et apaisé. Dans le fond de la réforme, il est également à craindre que si ce sont les relations sociales qui auraient dû être réformées, l'attention se pose plutôt sur l'organe institutionnel en lui-même. Le risque de voir les séances s'allonger et les opposition politiques de principe se multiplier n'est pas à écarter. Pourtant, c'est la rédaction des règlements intérieur qui devrait être le point d'attention principal de ces instances. Celle-ci risque d'être particulièrement complexe, au vu de la difficulté de communiquer sur cette réforme déjà contestée par les organisations syndicales. Les directions des ressources humaines sont donc au cœur de la réussite, tant théorique que pratique, d'une telle réforme.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages

- ANDOLFATTO Dominique, LABBE, Dominique, « *Sociologie des syndicats* », Paris, La découverte, Repères, 2000.
- BERNARD Claude, VERET, Michel, « *Santé & dialogue social, les personnels non médicaux* », Presses de l'EHESP, 2014.
- ESTRYN-BEHAR Madeleine, POISIGNON, Henri, « *travailler à l'hôpital* », ANACT & AP-HP, Berger-Levrault, Paris, 1989.
- GUILLOT Jean-Paul, Miche Dominique-Anne, « *Faire vivre le dialogue social dans la Fonction publique hospitalière* », ed. de l'atelier, Paris, 2011.
- MOULY Jean, *Droit du travail*, Éditions Bréal, 2008, p. 260.

II. Articles

- BELOUCIF Sadek et REACH Gérard, Inversons la gouvernance dans les hôpitaux, Les Échos, Paris, 18 juin 2020 ;
- CHAMPENOIS Guillaume, *Fusion du CTE et du CHSCT : à la recherche d'un dialogue social efficient*, houdart.org (en ligne), 4 avril 2019.
- CHARREAUX Gérard, (2011), « La gouvernance hospitalière : quelques réflexions à partir de la gouvernance d'entreprise », *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau*, Batifoulier P., Buttard A. et Domin J.-P., Paris, Éditions Eska, 2011, p. 210-221.
- DE CARHEIL Ariane, « Le retour des professionnels dans le processus de décision », *Gouvernance hospitalière*, n°597, 20 mai 2020.
- DE COMARMOND Leila, « Dernière ligne droite avant les élections professionnelles dans la fonction publique. », *Echos (Paris, France)*, Les Echos, 2018.
- DE COMARMOND Leila, « Élections dans la fonction publique : la CGT joue son leadership syndical, » *Echos (Paris, France)*, Les Echos, Paris, 2018.
- DOMIN Jean Paul, « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation* (en ligne), 2015.
- SIWEK-POUYDESSEAU Jeanne, « Les syndicats de la Fonction publique et les réformes managériales depuis 2002 », *Revue française d'administration publique*, 2009. Vol. 4, n° 132, pp. 745-756.
- Par l'Obs, *Nicolas Sarkozy souhaite un « vrai patron » à la tête de l'hôpital*, L'OBS, 11 mai 2019 (version en ligne, consulté le 16 juillet 2022)
<https://www.nouvelobs.com/politique/20090511.OBS6365/nicolas-sarkozy-souhaite-un-vrai-patron-pour-l-hopital.html>

III. Guides et Manuels

- Guide d'appui à la négociation collective*, Fédération Hospitalière de France, Janvier 2022.
- Guide de présentation de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique et de son calendrier de mise en œuvre*, DGAFP, septembre 2019.
- LAMI Arnaud, et Vincent VIOUJAS. *Droit hospitalier*. 2ème édition. Paradigme. Bruxelles, Bruylant, 2020, 579p.
- Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, Presses de l'EHESP, 9^{ième} édition, septembre 2012.

SAISON Johanne, Droit hospitalier, 4ème édition, Fonction publique hospitalière, Gualino, 2019, 352p.

ROMATET Jean-Jacques, « Éthique et nouvelle gouvernance hospitalière », Traité de bioéthique. I - Fondements, principes, repères. Érès, 2010, pp. 529-543.

IV. Rapports et études d'impacte

AUROUX Jean, *les droits des travailleurs : Rapport au président de la république et au premier ministre*, Paris, La Documentation française, septembre 1981, p19.

CHERIOUX Jean, Rapport n° 179 Tome II, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 28 janvier 2004, version en ligne.

DGAFP, Relevé de conclusions relatif à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique (juin 2008) - 23/08/2011, p.11.

Étude d'impact sur le projet de loi de transformation de la fonction publique, Assemblée Nationale, 27 mars 2019

FOURCADE Jean-Pierre, Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, Rapport au Parlement, 2011, 75p.

V. Conférence

MONTERO Antoine, *La gouvernance à l'hôpital* (partie 1 et 2), Université de Lille – faculté des sciences juridiques politiques et sociales, 2021.

VI. Podcast

Podcast de Pauline Laigneau intitulé « La négociation sans compromis », avec Eduard BELTRAN, 2022.

VII. Sites Internet

Statista Research Département, *Proportion de salariés membres d'un syndicat dans les pays de l'OCDE en 2018*, 14 avril 2022 (Annexe 1)

Site de l'ARS Ile-de-France : [https://www.iledefrance.ars.sante.fr/democratie-sanitaire-](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/democratie-sanitaire-definition-et-)

[definition-et-enjeux#:~:text=La%20d%C3%A9mocratie%20sanitaire%20vise%20%C3%A0,de%20la%20sant%C3%A9%20sont%20repr%C3%A9sent%C3%A9s](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/democratie-sanitaire-definition-et-enjeux#:~:text=La%20d%C3%A9mocratie%20sanitaire%20vise%20%C3%A0,de%20la%20sant%C3%A9%20sont%20repr%C3%A9sent%C3%A9s)

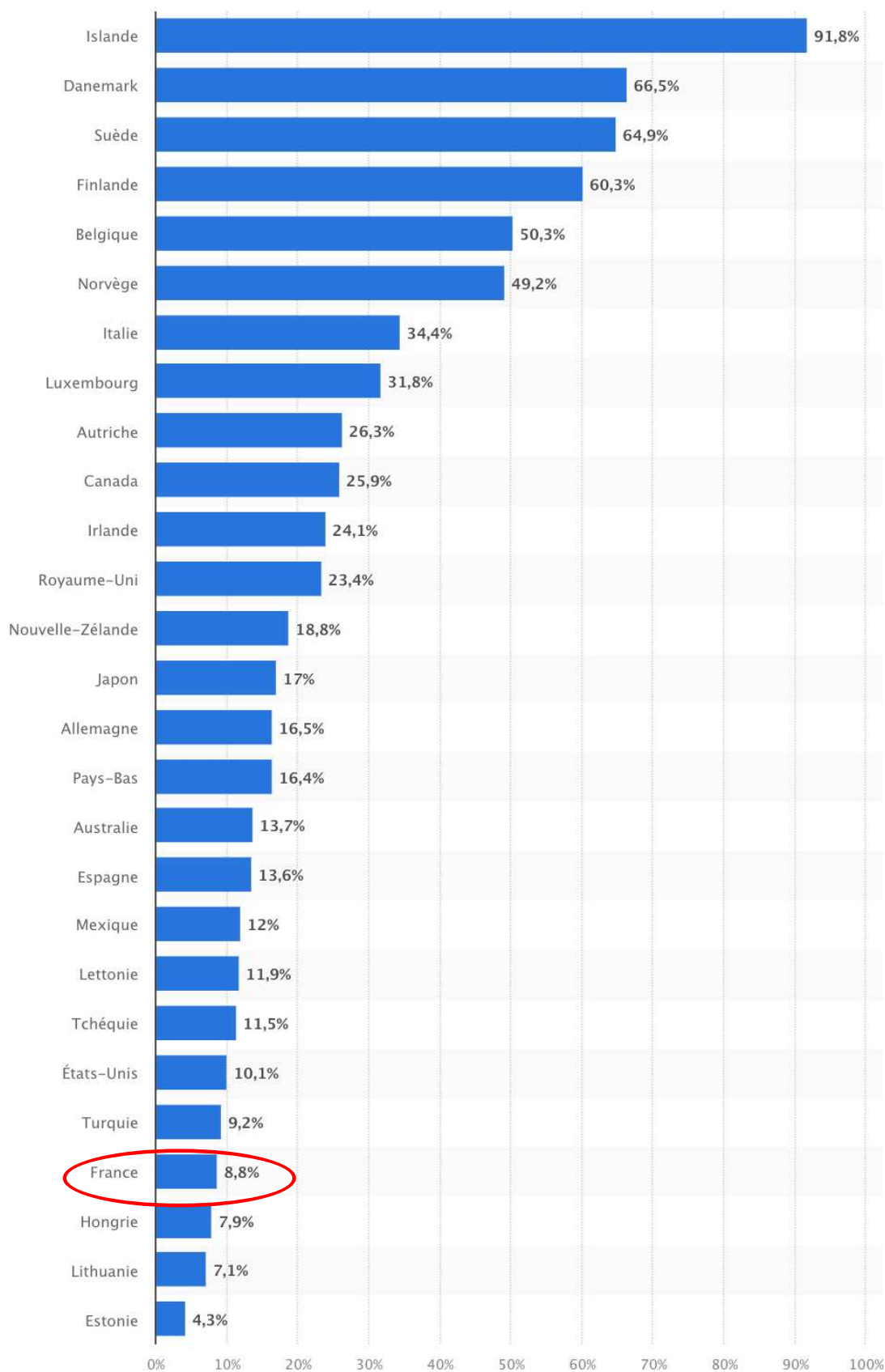
DGRH, loi de transformation de la vie publique, 2019 : https://www.galaxie.enseignementsup-recherche.gouv.fr/ensup/Seminaire_DRH_26nov2019/1_Principaux_titres_portes_la_loi_de_transformation_FC_calendrier_mise_oeuvre.pdf

Table des matières

REMERCIEMENTS ET AVANT-PROPOS :	1
LISTE DES ABREVIATIONS	2
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I : LES PREMICES DU DIALOGUE SOCIAL A L'HOPITAL PUBLIC..	6
I. Le dialogue social par les avancées du droit social	6
A) Le dialogue social en France : une histoire relativement récente	6
B) Le dialogue social dans la fonction publique hospitalière	7
II. L'apparition des organes consultatifs et de la démocratie sanitaire dans la gouvernance hospitalière	8
A) L'institutionnalisation du dialogue social à l'hôpital public.....	8
B) La représentation du personnel de santé dans la gouvernance de l'établissement	9
CHAPITRE 2 : UN DUO D'ORGANES PIVOT DANS UNE GOUVERNANCE DIFFICILE	11
I. L'évolution du rôle de la représentation du personnel au sein des instances	11
A) Un formalisme institutionnel peu propice à la négociation et aux relations sociales	11
B) L'immission de la politique dans la gouvernance et la représentation du personnel hospitalier	12
II. Deux organes différends pour un même projet	13
A) Une redondance accentuée par un formalisme procédural.....	13
B) Une dualité utilisée comme levier politique.....	14
CHAPITRE 3 : LA TENTATIVE DE REFORME DU DIALOGUE SOCIAL PAR LE CSE	16
I. Le CSE : un organe facilitateur par sa nature	16
A) La fusion des CTE-CHSCT et son impact dans le dialogue social	16
B) Un nouveau rôle essentiel dans la gouvernance de l'hôpital	17
II. L'impact négatif du décret d'application sur les relations sociales	18
A) Un flou sur le nombre d'instances au sein des établissements : les formations spécialisées de site	18
B) Le contexte particulier du dialogue social autour de la réforme du CSE.....	19
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	22
ANNEXES	25

ANNEXES

ANNEXE 1 : Proportion de salariés membres d'un syndicat dans les pays de l'OCDE en 2018 (source : Statista 2022)



ANNEXE 2 : Compétences du CTE (Article R6144-40 du CSP (Ancien)) :

I.- Le comité technique d'établissement est consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

II.- Le comité technique d'établissement est également consulté sur les matières suivantes :

- 1° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- 2° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- 3° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- 4° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- 5° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 6° Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ainsi que du budget prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

**ANNEXE 3 : Comparaison CHSCT- Formation spécialisée
en hygiène, sécurité et conditions de travail (document
personnel)**

(Voir page suivante)

Anciennes attributions (CHSCT, articles L4612-1 à L4612-7 anciens du code du travail)	Attributions des FS se rattachant à celle du CHSCT	Dispositions particulières des FS
Le comité procède à l'analyse des conditions de travail, des risques professionnels auxquels peuvent être soumis les agents ainsi que leur exposition aux facteurs de pénibilité. A ce titre, il effectue, au moins une fois par trimestre des inspections dans l'exercice de ses missions.	Les FS SSCT sont compétentes sur les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes (article 53) .	
Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et des agissements sexistes définis à l'article L.1142-2-1 . Le refus de l'employeur est motivé.	La FS contribue à la promotion de la prévention des risques pro et peut proposer des actions utiles dans cette perspective. Rôle d'enquête en cas d'accident de service grave ou MP (article 48). <ul style="list-style-type: none"> Propose des actions de de prévention du harcèlement moral, de harcèlement sexuel, et des violences sexistes et sexuelles. Sugère toute mesure de nature à améliorer la santé et la sécurité du travail, assurer la formation des agents dans le domaine de la santé et la sécurité. 	Coopère à la préparation des actions de formation à la santé et à la sécurité et veille à leur mise en œuvre.
Il assure la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et mène des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Il a un rôle d'initiative et consultatif essentiel en matière de prévention des risques psychosociaux (RPS) et de promotion de la qualité de vie au travail (QVT).	<ul style="list-style-type: none"> La FS SSCT est consultée sur la tenue de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission, ainsi que : <ul style="list-style-type: none"> les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification de l'organisation et du temps de travail, des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail. les plans blancs (article L. 3131-7 du code de la santé publique) 	<ul style="list-style-type: none"> La FS SSCT n'est toutefois pas consultée sur les projets qui s'intègrent dans une réorganisation de service qui sont examinés directement par l'assemblée plénière CSE (cf attributions du CSE).
Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté sur le projet d'introduction et lors de l'introduction de nouvelles technologies mentionnés à l'article L.2323-29 sur les conséquences de ce projet ou de cette introduction sur la santé et la sécurité des travailleurs.	La FS SSCT est consultée pour : <ul style="list-style-type: none"> les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents. la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail. 	
Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.	Chaque année, le président soumet pour avis à la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail : <ol style="list-style-type: none"> Un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des actions menées au cours de l'année écoulée dans les domaines définis aux sections 1 et 2. Les questions du travail de nuit et de prévention des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 sont traitées spécifiquement. Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Ce programme fixe la liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir, qui comprennent les mesures de prévention des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1, ainsi que, pour chaque mesure, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût. 	La formation spécialisée est associée au suivi et à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.
Au moins une fois par an, l'employeur présente au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail : <ol style="list-style-type: none"> Un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des actions menées au cours de l'année écoulée dans les domaines définis aux sections 1 et 2. Les questions du travail de nuit et de prévention des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1, ainsi que, pour chaque mesure, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût. Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Ce programme fixe la liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir, qui comprennent les mesures de prévention des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1, ainsi que, pour chaque mesure, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût. 	<p>La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail peut proposer un ordre de priorité et des mesures supplémentaires au programme annuel de prévention.</p> <p>Lorsque certaines mesures prévues au programme de prévention n'ont pas été prises, les motifs en sont donnés en annexe au rapport annuel.</p>	Les représentants du personnel à la formation spécialisée sont informés des visites et de toutes les observations de l'agent de contrôle de l'inspection du travail ainsi que des réponses du directeur d'établissement ou de l'administrateur du groupement à ces observations.
Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail émet un avis sur le rapport et sur le programme annuels de prévention. Il peut proposer un ordre de priorité et l'adoption de mesures supplémentaires.		
Lorsque certaines des mesures prévues par l'employeur ou demandées par le comité n'ont pas été prises au cours de l'année concernée par le programme, l'employeur énonce les motifs de cette inexécution, en annexe au rapport annuel.		
L'employeur transmet pour information le rapport et le programme annuels au comité d'entreprise accompagnés de l'avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.		

ANNEXE 4 : Tableau de comparaison des compétences CTE-CSE (FHF, guide d'appui à la négociations collective, FHF, Janvier 2022)

Dans la fonction publique hospitalière, les CTE et futurs CSE sont consultés sur les matières suivantes :

EPS / ESMS	
Matières déjà prévues pour le CTE et applicables au CSE	Nouvelles matières instaurées pour le CSE
<ul style="list-style-type: none"> • Orientations stratégiques de l'établissement, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - Le règlement intérieur ; - Le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé ; - Le plan global de financement pluriannuel ; - Celles inscrivant l'établissement dans l'offre de soins au sein de son territoire. • Concernant les GCS, cela concerne aussi la prorogation ou la dissolution du groupement ainsi que les mesures nécessaires à sa liquidation. 	
	<p>Accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence du conseil de la vie sociale, de la CME, de la commission des usagers et de la CSIRMT.</p>
	<p>L'organisation interne de l'établissement, les projets de réorganisation de service ainsi que pour les GCS toute modification de la convention constitutive qui a un impact sur l'organisation du travail dans le groupement.</p>
	<p>Politiques d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations.</p>
	<p>Projets de lignes directrices de gestion (LDG) relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, aux orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels.</p> <p>→ La mise en oeuvre des LDG fait l'objet d'un bilan, sur la base des décisions individuelles, devant le comité social.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique. • Orientations stratégiques sur les politiques de ressources humaines, notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique de formation, y compris le plan de formation. 	
	<p>Projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service.</p>
<p>Modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.</p>	
	<p>En l'absence de F3SCT, l'assemblée plénière du CSE est également consultée sur les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.</p>