

Les personnels des établissements publics de santé

En mai 2006, le rapport public thématique sur le personnel des établissements publics de santé (EPS) critiquait les inadaptations du cadre de gestion des personnels, mettait en évidence les carences de la régulation des effectifs et appelait à développer certains aspects des politiques de gestion des ressources humaines (GRH).

En 2008, la Cour a examiné les suites données à ses recommandations, à l'exception de celles relatives aux dispositifs de régulation démographique et de répartition territoriale des médecins qui ont fait l'objet d'une enquête en 2007¹⁰⁴.

Les établissements publics de santé employaient au 31 décembre 2006 plus d'un million de personnes, soit 94 000 médecins et 920 000 personnels soignants, administratifs et techniques, qui assurent plus de 60 % de l'activité hospitalière en France. En 2007, les dépenses de personnel des hôpitaux publics s'élevaient à 37,3 Md€ soit un quart des dépenses de l'assurance maladie. Elles représentaient 66 % des charges d'exploitation des EPS, dont la situation financière était par ailleurs jugée préoccupante par la Cour, en raison de la progression de leurs déficits et de leur endettement¹⁰⁵.

Dans le contexte des réformes annoncées et de la dégradation de la situation financière des hôpitaux publics, la Cour a estimé important de procéder à un nouvel examen du pilotage et de la gestion des ressources humaines des EPS.

104) RALFSS 2007, p. 187 et suivantes. A propos des médecins libéraux, la Cour observait que les difficultés étaient liées à une répartition insatisfaisante des effectifs, plus qu'à un déficit de médecins. Elle soulignait également que les dispositifs de régulation étaient inadaptés. Or, certains d'entre eux sont également applicables aux médecins hospitaliers (numerus clausus, examen national classant).

105) Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques 2008, pp. 26-30.

La Cour a analysé l'ensemble des outils de gestion des personnels des EPS et le cadre administratif de la GRH hospitalière publique. Elle est également revenue sur les actions qui avaient fait l'objet de recommandations lors de ses précédents travaux¹⁰⁶.

Elle observe que ses observations ont été en partie entendues. Des évolutions significatives ont été constatées en termes de modernisation des procédures de gestion, de simplification statutaire et de réorganisation de l'administration centrale. Mais subsistent toutefois d'importants points de blocage, sur des questions majeures, relatives au statut et à la connaissance des revenus des professions médicales, au pilotage de la masse salariale, à la gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences (GPEEC), ou encore aux imperfections du dispositif d'information statistique et financier.

De plus, tout en étant consciente de la spécificité des métiers de la santé et des contraintes du travail à l'hôpital, la Cour constate que certains aspects propres à la gestion des ressources humaines hospitalière (absentéisme, aménagement et réduction du temps de travail) sont encore insuffisamment documentés et suivis et que les objectifs de productivité et de performance doivent être mieux intégrés dans les politiques de GRH.

A - Les outils de gestion et le cadre administratif

1 - Les instruments de connaissance et de prévision

La Cour observait que le ministère de la santé ne disposait pas d'informations fiables sur les effectifs et la répartition des personnels hospitaliers. Elle estimait que les dépenses de personnel n'étaient pas connues avec un degré de précision suffisant.

La nomenclature comptable applicable aux EPS a été aménagée. Elle permet désormais de mieux estimer le coût salarial global du personnel médical et du personnel non-médical, ou encore d'identifier les dépenses indemnitaires liées à l'organisation de la permanence des soins.

106) La lutte contre l'absentéisme, le temps de travail, les politiques de rémunération, les politiques de promotion professionnelle, l'intégration des enjeux de productivité aux politiques de GRH.

Cette évaluation reste cependant encore imprécise, compte tenu notamment des reports de charge qui se sont maintenus à un niveau élevé jusqu'en 2005 (355 M€¹⁰⁷).

La Cour regrette que le processus de consolidation des données soit si long, les données nationales disponibles étant fort anciennes et en décalage avec la temporalité des activités de gestion, ce qui limite leur utilité. Le même constat peut être fait pour d'autres sujets¹⁰⁸.

En termes de qualité, les évolutions constatées n'ont en outre pas permis de disposer d'une connaissance des dépenses de personnel par statut, ou par nature de rémunération.

L'architecture des instruments et structures permettant de connaître la situation administrative des personnels des établissements publics de santé est en effet complexe. La Cour a ainsi dénombré six instruments différents¹⁰⁹ qui ne suffisent pourtant pas à appréhender avec suffisamment de précision la situation des personnels puisqu'ils sont complétés par des enquêtes ponctuelles¹¹⁰. Le défaut persistant de définition d'une stratégie d'ensemble dans la construction de l'appareil statistique et pour le recueil et l'exploitation des données disponibles est d'autant plus gênant que de très nombreuses structures interviennent dans cette matière¹¹¹. La Cour a cependant pris note des travaux en cours, dont l'aboutissement pourrait permettre certains progrès, d'ici l'année 2011.

107) Les données ultérieures n'ont pas été exploitées par la Cour : la régularisation, sans doute partielle, lors de l'exercice 2006 des reports de charges non mandatées lors des exercices antérieurs leur confère en effet un caractère peu représentatif, alors que les données 2007 n'étaient pas disponibles au moment de l'enquête.

108) Notamment en matière d'absentéisme, où les dernières données disponibles dataient de 2005 pour les personnels des EPS, alors qu'elles remontaient même à 2003 pour la fonction publique de l'Etat, au moment de l'enquête.

109) Ces instruments sont les suivants : statistique annuelle des établissements de santé, statistique des personnels des établissements de santé, répertoire partagé des professionnels de santé, enquête « coûts et carrières », déclarations annuelles de données sociales, tableaux de bord sociaux des ARH.

110) Quatre études d'envergure ont ainsi du être conduites en 2007 et 2008, respectivement sur la reprise d'ancienneté des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale, sur la caractérisation des postes vacants de praticiens hospitaliers et de directeurs d'hôpitaux, sur les comptes épargne-temps des praticiens hospitaliers et sur la rémunération de la permanence des soins à l'hôpital.

111) Trois directions d'administration centrale, la DGS, la DREES et la DHOS, une mission dédiée au sein de la DHOS, une agence nationale (l'agence technique de l'information hospitalière), un établissement public national (le CNG).

Sur le fond, la connaissance statistique des emplois et des effectifs s'est légèrement affinée, comme l'illustrent les progrès de l'administration dans le suivi des vacances de postes dans les établissements. La qualité de l'information disponible reste cependant insuffisante. Ainsi, la localisation géographique des effectifs est peu opératoire pour la tutelle, tandis que l'appréhension des situations de multi-activité, fréquentes dans le secteur hospitalier, est perfectible.

De plus, les capacités de projection et de simulation des besoins en personnels restent trop peu développées, en particulier au sein des EPS. Ainsi, par exemple, la détermination du nombre de postes ouverts aux examens classants nationaux des médecins se fonde essentiellement sur le renouvellement des effectifs existants et prend encore peu en compte la projection des besoins en fonction de l'organisation souhaitable de l'offre de soins. Toutefois, certaines évolutions traduisent une première prise en compte des conclusions de travaux prospectifs, comme par exemple la prise en compte dans le calcul du quota d'accès à la formation infirmière des développements de la politique de délégation d'actes et de tâches.

Enfin, la Cour relève l'absence d'évaluation du coût des activités de gestion des ressources humaines de l'hôpital public. S'agissant du premier poste de dépenses de ce secteur et dans un contexte où les possibilités de mutualisation de cette fonction ont été et continueront d'être élargies, il serait pourtant souhaitable d'en mesurer l'efficience.

La Cour mettait en exergue deux sujets de préoccupation majeure, pour lesquels la mise en place d'instruments nouveaux était selon elle prioritaire : le pilotage de la masse salariale et la GPEEC.

Les conditions de pilotage de la masse salariale, notamment l'analyse de ses facteurs d'évolution et le développement d'une capacité de projection, restent insatisfaisantes, au niveau national comme au niveau local. Dans les établissements, il semble que l'horizon se borne le plus souvent à un cadre annuel. Ici encore, c'est l'absence persistante d'outils adéquats qui explique les lenteurs des évolutions. Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés se limite, par exemple, à mettre en regard les évolutions d'effectifs et les dépenses de rémunérations de l'exercice passé avec celles de l'exercice à venir. L'horizon de pilotage de la masse salariale des établissements se limite ainsi à un seul exercice, ce qui est insuffisant.

Certes, au plan national, les travaux de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et de l'observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière

(ONEMFPH) ont permis de mieux documenter le cadre dans lequel s'inscrit la GPEEC. Ainsi, à l'exception des directeurs d'hôpitaux, pour lesquels des études sont toujours en cours, le volet analytique et prospectif de la GPEEC a gagné en consistance au plan national.

Mais son développement devrait désormais se poursuivre au niveau régional et s'affirmer dans les établissements. Au plan local, il est en effet urgent que les principes de GPEEC se traduisent par une inflexion des pratiques de gestion, qui paraît aujourd'hui encore limitée. L'augmentation du nombre de projets dans les établissements correspond en effet principalement à des actions d'une portée assez limitée, telles que l'acquisition de logiciels ou l'organisation de formations. A l'inverse, des opérations essentielles à la concrétisation de la démarche de GPEEC, comme par exemple le classement des effectifs en métiers, semblent loin d'avoir été partout conduites. A cet égard, les recommandations de la Cour, d'une part, de confier l'animation d'une stratégie de GPEEC à un chef de file unique au niveau national, disposant de relais régionaux et, d'autre part, de développer des outils de GPEEC destinés aux établissements, restent d'actualité.

*

Dans l'ensemble, alors que la refonte de l'appareil statistique et d'information financière applicable aux personnels des EPS, pourtant déjà annoncée dans les réponses faites au précédent rapport de la Cour, n'a toujours pas abouti, les ajustements opérés n'ont pas permis d'amélioration significative de l'information existante, ni en termes d'exhaustivité des données, ni en termes de qualité des informations disponibles, ou encore de délais de mise à disposition des informations au niveau national.

Disposer d'une bonne connaissance de la situation des personnels hospitaliers et d'analyses prospectives pertinentes est pourtant indispensable pour faire évoluer l'offre de soins, asseoir les dispositifs de GPEEC, ou présider à une politique de recrutement et de formation adaptée. La Cour ne peut que réitérer sa préoccupation à ce sujet et appeler l'administration à établir un plan d'action à moyen terme pour remédier à des lacunes persistantes, étant entendu que c'est au niveau des établissements que les progrès les plus significatifs sont attendus.

2 - Le cadre administratif de gestion

La Cour appelait à une simplification du cadre statutaire. Elle identifiait en particulier trois « complexités inutiles » : l'existence de trois corps de direction, la trop grande variété des textes applicables au personnel médical et la persistance de statuts locaux. Elle

critiquait également les conditions de mise à disposition de directeurs d'hôpitaux au sein de l'administration centrale de l'Etat.

L'administration a mis en œuvre une politique volontariste de fusion des corps de la fonction publique hospitalière (FPH).

En 2007, le nombre de corps de la filière ouvrière et technique a été divisé de plus de moitié et deux des trois corps de direction ont été fusionnés. Bien que son coût mérite encore d'être plus précisément évalué, la rationalisation du cadre statutaire de la FPH est dans l'ensemble conforme aux recommandations de la Cour. Elle permet que l'architecture statutaire de la FPH soit désormais bien adaptée à la diversité des métiers de l'hôpital public, tout en simplifiant les règles de gestion.

Cependant, pour les personnels médicaux de l'hôpital public, les statuts restent excessivement fragmentés. Des règles distinctes s'appliquent ainsi à des personnels ayant suivi les mêmes études, obtenu les mêmes diplômes et exerçant souvent des fonctions similaires.

La Cour relève également la persistance d'anomalies, dans plusieurs matières qui avaient fait l'objet de recommandations récurrentes. Si la loi a permis de placer en cadre d'extinction les personnels sous statut local¹¹², ce que la Cour avait demandé, la diminution effective des personnels relevant de cette catégorie n'a pu être constatée. Faute de tout suivi rigoureux par l'administration des effectifs concernés, il n'est pas possible de déterminer ce qu'il est advenu des 4000 personnes environ qui exerçaient sous ce régime en 2005.

Par ailleurs, les conditions de mise à disposition de directeurs d'hôpitaux au sein de l'administration centrale continuent à ne pas respecter les dispositions prévues par la loi. L'assurance maladie en supporte donc le coût à titre principal. La proportion de celles-ci faisant l'objet d'un remboursement par l'Etat a même diminué, passant de 58 % en 2004 à 35 % en 2008¹¹³. On observe même que l'administration a formalisé cette pratique pourtant très contestable dans un arrêté du 23 mars 2007 qui met à la charge de l'assurance maladie, via les enveloppes hospitalières, des dépenses qui relèvent du budget de l'Etat.

112) Article 49-1 de la loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.

113) Données 2004 pour toutes les mises à disposition, données 2008 pour les seules mises à disposition au profit de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins.

Enfin, les investigations de la Cour conduites en 2008 ont établi que le dispositif de congé spécial des directeurs d'hôpitaux reste à la charge financière d'établissements où les personnes concernées n'exercent plus. Il mériterait par ailleurs d'être réformé sur le fond, dans le sens d'une plus grande conditionnalité de son attribution et d'une meilleure articulation avec d'autres situations susceptibles de répondre au même objet, c'est-à-dire principalement la situation de recherche d'affectation, mais aussi le détachement dans le corps des conseillers généraux des établissements de santé, voire dans certains cas, le licenciement pour insuffisance professionnelle, comme les textes le permettent.

La Cour mettait en évidence des carences dans la gestion disciplinaire des personnels médicaux et d'encadrement des EPS.

La tendance observée ces dernières années à un recours accru aux procédures disciplinaires, lorsque les circonstances l'exigent, devra être confirmée. En ce qui concerne les praticiens hospitaliers, l'inflexion est remarquable, notamment en raison de l'utilité que peuvent revêtir ces procédures pour garantir un meilleur niveau de sécurité des prises en charges médicales. Pour ces personnels, le nombre de procédures disciplinaires ouvertes pour les huit premiers mois de l'année 2008 est en effet près de deux fois supérieur au nombre de procédures initiées sur les vingt dernières années¹¹⁴.

La Cour relevait l'excessive centralisation de procédures de gestion par ailleurs complexes.

L'institution d'un centre national de gestion (CNG), chargé de la gestion statutaire et du développement des ressources humaines des praticiens hospitaliers et des personnels de direction, a fait évoluer le cadre de gestion. Son périmètre de compétences n'englobe toutefois pas l'ensemble des professions médicales. En effet, les personnels médicaux contractuels et les médecins hospitalo-universitaires n'en relèvent pas.

Cette réforme pose les bases d'une personnalisation et d'un enrichissement des processus de gestion des personnels concernés. Son déploiement sera suivi avec attention par la Cour.

114) Sept procédures étaient ouvertes à la fin du mois d'août 2008, alors que seules deux avaient été engagées entre 1984 et 2002, tandis que deux autres étaient initiées entre 2002 et 2004.

D'ores et déjà, il semble que l'utilisation de certains nouveaux instruments à disposition du CNG¹¹⁵ soit insuffisante. Ainsi dans un contexte où la Cour a appelé à amplifier les restructurations hospitalières¹¹⁶, la nouvelle situation de recherche d'affectation¹¹⁷ ne concernait au 30 septembre 2008 que sept personnes. Une évaluation initiale faite en 2007 avait pourtant estimé les besoins à hauteur de 350 personnes¹¹⁸. Le rythme de déploiement de cette nouvelle position est donc très insuffisant.

La création du CNG s'est accompagnée d'une révision des règles de gestion des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpitaux. Elle a permis que nominations et mutations gagnent en fluidité, de sorte que la durée des vacances de postes soit réduite.

La réforme des procédures de nomination des praticiens hospitaliers a en outre amorcé l'affirmation des compétences du chef d'établissement dans la gestion des ressources médicales. L'affectation d'un médecin à un poste spécifique relève désormais de sa responsabilité, sur la proposition du président de la commission médicale de l'établissement, pour autant que le médecin en question relève de la catégorie des praticiens hospitaliers.

En effet, les procédures de gestion des praticiens hospitalo-universitaires demeurent quant à elles inchangées. Elles se caractérisent toujours par leur extrême centralisation, ainsi que par un régime de double tutelle ministérielle, lié à la bi-appartenance hospitalière et universitaire, régime très lourd, qui a jusqu'ici empêché toute réforme.

Enfin, il faut rappeler que les agents de la FPH de catégorie B et C, c'est-à-dire la plus grande partie du personnel des EPS, sont gérés au niveau des établissements. Le niveau de déconcentration des actes de gestion qui les concernent est très élevé.

115) La décision d'en faire usage ne relève toutefois pas du seul CNG : elle est conditionnée par la demande des intéressés, des établissements ou de leurs autorités de tutelles.

116) RALFSS 2008, p. 263 et suivantes.

117) Instituée par l'article 50 de l'ordonnance n°2005-112 du 1er septembre 2005, traduit dans les textes statutaires en 2006 et 2007.

118) IGAS, rapport n° 2007-164P sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier des hôpitaux perdants à la TAA, p. 29. Selon le ministère, au 29 décembre 2008, la situation de recherche d'affectation concernant 20 personnes.

La Cour critiquait une répartition des rôles peu cohérente entre les différents niveaux de l'administration, insistant sur les difficultés de l'administration centrale à exercer sa fonction de pilotage et sur l'éclatement des pouvoirs au sein de l'hôpital.

S'agissant de l'administration centrale, les recommandations de la Cour ont été entendues.

Le ministère de la santé s'est réorganisé et la DHOS dispose désormais de l'ensemble des compétences utiles au développement de son rôle stratégique, alors que la création du CNG a permis de la décharger de certaines tâches de gestion.

Si l'institution, en 2006, de commissions administratives paritaires régionales des praticiens hospitaliers a étendu les compétences des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ces dernières ne disposent toujours que de faibles compétences directes en matière de GRH. Dans le cadre de leur fonction de tutelle, il semble qu'elles ne se sont que rarement intéressées à la gestion du personnel, alors qu'elles en avaient pourtant la faculté.

Consacrée par la loi¹¹⁹, l'autonomie du chef d'établissement dans la gestion du personnel a été élargie, d'une part, par l'introduction de l'état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD) et, d'autre part, par l'affirmation d'une « nouvelle gouvernance hospitalière ». La Cour a cependant observé que le CNG, avec l'appui de la DHOS, peut décider de la non-publication des déclarations de vacances de postes. Souvent motivée par des objectifs pertinents de non renouvellement de personnels dans certains établissements à restructurer, cette pratique mériterait d'être sécurisée en modifiant les textes régissant les procédures de nomination de ces personnels.

La Cour estime que l'institution d'agences régionales de santé (ARS) et les évolutions législatives annoncées devraient permettre d'étendre l'autonomie du chef d'établissement, mais aussi de rénover les modalités d'exercice de la tutelle. Un renforcement de sa portée en matière de GRH est attendu, notamment au moyen du diagnostic préalable à la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, mais aussi dans le cadre du suivi de leur exécution.

*

La rationalisation du cadre statutaire a été très largement engagée par l'administration pour ce qui concerne la FPH, à l'exception notable, donc, des textes régissant les personnels médicaux.

119) Article L. 6143-7 du code de la santé publique.

L'institution d'un CNG et la réforme de certaines procédures de gestion des personnels de direction et d'une partie des personnels médicaux témoignent d'une volonté de dynamiser la gestion des personnels des EPS. Les évolutions observées ne sont cependant pas toujours à la hauteur des enjeux. Il conviendrait par exemple de faire évoluer la « doctrine d'emploi » de la situation de recherche d'affectation, afin qu'elle soit plus largement utilisée. Par ailleurs, l'extension du champ de compétences du CNG à l'ensemble des médecins mériterait d'être mise à l'étude.

Toutefois, la question de la déconcentration de certains actes de gestion des personnels d'encadrement de la FPH et des personnels médicaux reste ouverte. Les marges de manœuvre des responsables locaux¹²⁰ à leur égard doivent encore être renforcées, ce que pourraient permettre les évolutions législatives en préparation.

Enfin, corollaire d'une autonomie locale dont l'extension est annoncée, la tutelle exercée par de futures ARS sur les questions de GRH hospitalière devra être renforcée.

B - Les politiques de gestion des personnels des établissements publics de santé

Si le cadre administratif et financier de la gestion du personnel des EPS a été en partie adapté, les politiques menées en matière de gestion des ressources humaines ont quant à elles souvent peu évolué.

1 - L'absentéisme

La Cour demandait la mise en place d'une politique de lutte active contre l'absentéisme injustifié.

Selon les dernières données disponibles, c'est-à-dire pour la période 2004-2005, l'absentéisme du personnel des EPS s'est accru. Il a augmenté, en moyenne, de 2,7 jours entre 2001 et 2005, pour atteindre en 2005, en moyenne, le niveau de 25,4 jours d'absence par personne et par

120) Directeur d'ARS pour les chefs d'établissements, chefs d'établissements pour les personnels d'encadrement de la FPH (directeurs adjoints, directeurs des soins) et les personnels médicaux. Cette évolution serait compatible avec la permanence d'une gestion administrative et d'une gestion des carrières centralisée au niveau du CNG.

an, toutes catégories de personnel confondues¹²¹ dont 19,3 pour motifs médicaux.

L'absentéisme du personnel des EPS se maintient ainsi à un niveau sensiblement supérieur à celui constaté dans d'autres secteurs publics, par exemple dans la fonction publique de l'Etat, où il atteignait, en 2003, 13 jours en moyenne par personne et par an, toutes catégories confondues¹²². Certes, les contraintes des métiers ne sont pas comparables, mais l'ampleur de l'écart semble indiquer l'existence d'un problème spécifique d'absentéisme au sein des EPS.

Dans ce contexte, la Cour constate pourtant que le coût de ce phénomène reste mal cerné et qu'aucune stratégie nationale de contrôle ne semble avoir été définie.

*

Sans préjuger des actions qui peuvent être conduites dans les établissements, il n'existe toujours pas réellement de politique de lutte contre l'absentéisme au niveau national.

2 - L'aménagement et la réduction du temps de travail

La Cour s'était intéressée à la réduction du temps de travail (RTT) à l'hôpital. Elle critiquait la méconnaissance du temps de travail médical, en raison de l'inapplication de la réglementation relative aux tableaux de service ou de l'absence de définition des obligations de service des praticiens hospitalo-universitaires. Elle soulignait que les charges liées à la RTT restaient mal connues, appelait à la diffusion des exemples de réorganisation fructueuse et insistait sur la nécessité de prendre la mesure des charges résultant de l'introduction d'un compte épargne temps (CET).

Les obligations de service des praticiens hospitalo-universitaires sont restées floues, faute d'être définies par des textes. La mesure de celles de leurs confrères praticiens hospitaliers demeure peu aisée à apprécier, en raison d'une production encore irrégulière des tableaux de service.

Ces tableaux sont de plus d'une fiabilité généralement très perfectible. La Cour a cependant noté l'intention du ministère d'intervenir plus fermement à l'avenir, avec le concours du réseau de la direction générale des finances publiques, pour exiger plus de rigueur dans la

121) Source : DHOS.

122) Source : DGAFP. En septembre 2008, les dernières données disponibles remontaient à l'année 2003.

production de ces tableaux. Il s'agit en effet d'un sujet central, autour duquel s'articule tout le fonctionnement de l'hôpital. Or, la méconnaissance du temps de travail médical continue d'être un obstacle aux réorganisations internes aux établissements qui auraient dû accompagner l'introduction de la RTT.

Les effets de la RTT sur l'activité et la productivité des hôpitaux publics sont toujours très imparfaitement mesurés. Ainsi, l'impact des évolutions de l'organisation du temps de travail reste dans l'ensemble mal connu. Il peut être appréhendé à partir de la situation des quelques dizaines d'établissements qui ont bénéficié de chantiers d'appui de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) en matière d'organisation du temps de travail. Mais faute de représentativité de cet échantillon, les effets de la RTT sur l'activité et la productivité ne peuvent encore être évalués de manière rigoureuse au plan national.

L'administration a été en mesure de produire une évaluation du coût de la mise en œuvre de la RTT à l'hôpital, de l'ordre de 3,6 Md€¹²³ pour la période 2002-2006. La Cour estime que cette première estimation mérite d'être complétée, notamment dans la mesure où le taux d'occupation des postes créés dans le cadre de la RTT continue à ne pas être précisément cerné et où le nombre d'heures supplémentaires ou de jours de congés, n'ayant fait l'objet ni d'une indemnisation, ni d'une récupération, ni d'une épargne sur compte épargne temps (CET), n'a été évalué que de manière partiellement actualisée depuis 2005.

S'agissant plus particulièrement des CET, la Cour constate que la compensation par le fonds pour l'emploi hospitalier des jours portés sur le compte épargne temps durant la période de mise en œuvre de la RTT n'a pas été complète. Seuls 50 % des jours épargnés, pour tous les personnels et 50 % des heures supplémentaires restant dues aux personnels relevant de la FPH, donc à l'exclusion du temps de travail additionnel des médecins ni récupéré, ni indemnisé et qui n'aurait pas été versé sur CET, pourront être indemnisés dans le cadre d'un protocole d'accord signé le 15 janvier 2008. Elle relève par ailleurs que toutes les conditions semblent réunies pour une reconstitution rapide de ce stock, à défaut de réorganisations. Enfin, la Cour s'inquiète de l'érosion des montants provisionnés au titre du CET, qui ont diminué de 88 M€ entre 2005 et 2006¹²⁴. Depuis le 1^{er} janvier 2008, les établissements sont en

123) Source : données DHOS, corrigées par la Cour de l'effet des mesures découlant des décrets du 14 mai 2008 mettant en œuvre le protocole d'accord du 15 janvier 2008.

124) Source : DHOS.

effet seuls responsables des montants provisionnés¹²⁵. Alors que l'augmentation des versements sur les CET semble avérée, un risque financier sérieux pourrait émerger à l'avenir.

Enfin, la Cour relève les efforts faits pour diffuser les exemples de bonnes pratiques dans la mise en œuvre de la RTT, à travers notamment les travaux de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH).

*

Attendu par la Cour, un bilan d'ensemble de la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail à l'hôpital public n'est toujours pas en mesure d'être produit, sept ans après la conclusion des premiers protocoles organisant la RTT. Or, un tel bilan est indispensable à l'identification des difficultés de gestion et des risques financiers liés à la RTT.,

3 - La politique indemnitaire et salariale

La Cour appréciait sévèrement la politique salariale menée à l'égard des personnels des EPS. Elle demandait également une simplification des régimes indemnitaires et une réforme de plusieurs primes ou avantages. Elle prenait acte des réformes annoncées par l'administration, qui visaient à moderniser l'architecture indemnitaire des personnels des EPS.

La politique salariale relative aux personnels de la FPH s'inscrit dans une perspective inter-fonctions publiques. Elle est donc animée par les orientations de la « refondation indemnitaire » décidée par le gouvernement¹²⁶.

En revanche, la politique salariale conduite à l'égard des personnels médicaux reste dépourvue de lignes directrices. Motivée le plus souvent par des objectifs conjoncturels, elle gagnerait à être plus

125) Jusqu'à cette date, pour tenir compte de la progressivité des créations d'emplois qui ont accompagné la RTT, mais aussi pour financer les mesures dérogatoires d'indemnisation des jours épargnés sur CET ou le paiement d'heures supplémentaires ni rémunérées, ni indemnisées et restant dues aux personnels ou encore financer le remplacement de personnels utilisant leurs droits à congés épargnés, des crédits du fonds pour l'emploi hospitalier ont été répartis entre les établissements et sont venus abonder les provisions qui avaient pu être constituées par les établissements.

126) Cette politique s'est notamment traduite dans les accords salariaux du 21 février 2008 ayant arrêté les principes qui présideront aux négociations salariales de la fonction publique pour la période 2009-2011.

formalisée, mieux documentée et recentrée sur des enjeux communs à l'ensemble des personnels des EPS¹²⁷.

La participation croissante de la fédération hospitalière de France (FHF) au dialogue social relatif aux rémunérations des personnels des EPS pourrait favoriser la constitution d'une politique salariale plus structurée. A terme, il serait donc souhaitable qu'elle s'implique également dans les négociations relatives aux personnels médicaux. La Cour relève toutefois que cette évolution pourrait soulever des difficultés juridiques, en raison du statut de la FHF¹²⁸.

L'administration a engagé des réformes, en vue d'encadrer l'octroi de certains avantages¹²⁹, ou pour faire coïncider le mode de financement de l'hôpital public, désormais fonction de l'activité, et le mode de rémunération de ses personnels. Mais la plus grande partie d'entre eux ne bénéficient toujours pas à ce jour de dispositifs de rémunérations assis sur des objectifs d'activité individualisés et liés à des mécanismes d'évaluation.

Le succès des projets en cours¹³⁰ dépendra en effet en grande partie de la diffusion d'une culture d'évaluation dans les EPS. Son développement, stimulé par les démarches de certification conduites par la Haute autorité de santé, reste toutefois entravé par l'absence des textes réglementaires qui auraient pourtant dû l'encadrer¹³¹.

S'agissant des personnels médicaux, l'architecture de leurs rémunérations repose encore sur des bases insuffisamment objectivées. Elle reste complexe et mal connue de l'administration hospitalière. Principale réforme, l'introduction d'une « part complémentaire variable de rémunération¹³² » est en-deçà des attentes de la Cour. Elle ne permet en effet pas nécessairement une modulation individuelle des indemnités et ne prend pas en compte l'exercice de responsabilités administratives ou

127) Développement d'une rémunération variable, assise sur des objectifs d'équipe ou individualisés, prise en compte de l'activité ou de la productivité dans l'évolution des rémunérations, en lien avec le développement de mécanismes d'évaluation.

128) La FHF est une association de type loi 1901. Formellement, elle ne représente que les établissements adhérents : ce n'est pas une fédération d'employeurs.

129) Attribution de logements de fonction ou d'indemnités compensatrices.

130) Développement de l'intéressement collectif, institution d'une prime de fonctions et de résultats, substitution de l'évaluation à la notation.

131) Révision de l'arrêté du 24 mars 1967 relatif à la prime de service, prise d'un décret relatif à l'entretien professionnel prévu par la loi n° 2007-148 du 2 février 2007.

132) Introduite par un décret n° 2006-1221 du 5 octobre 2006 et un arrêté du 28 mars 2007.

institutionnelles. De plus, à ce jour, elle ne concerne toujours que les seuls chirurgiens.

*

La mise en œuvre des réformes annoncées en 2006 a été très progressive. Les conditions d'une modernisation de la politique indemnitaire à l'égard des personnels relevant de la FPH ne semblent toujours pas réunies, notamment en raison de la diffusion encore modeste d'une culture d'évaluation et de l'absence d'une réforme de la prime de service. En ce qui concerne le personnel médical, dans un contexte où la refonte prochaine de l'architecture de leur rémunération est annoncée, la Cour ne peut que constater, à nouveau, l'opacité s'attachant à la mesure de leurs revenus.

Dans l'ensemble, la politique indemnitaire menée à l'égard des personnels de l'hôpital public a peu évolué. Elle demeure insuffisamment liée à la prise en considération de leur efficacité ou de leur activité. Compte tenu des volumes financiers en jeu, des évolutions plus rapides sont attendues, dans le sens d'une politique mieux liée à des objectifs individuels ou collectifs de performance, eux-mêmes plus formalisés.

4 - La promotion professionnelle

La Cour avait souhaité un recours accru aux politiques de promotion professionnelle, afin de résorber les difficultés de recrutement de certaines professions.

Sept ans après son introduction par la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, la valorisation des acquis de l'expérience professionnelle (VAE) ne permet d'accéder qu'à trois diplômes du secteur sanitaire (aide-soignant, auxiliaire de puériculture, préparateur en pharmacie hospitalière).

Si le ministère a su adapter son organisation pour faire face à l'afflux des demandes de certification par VAE des diplômes concernés et ainsi améliorer la gestion de ces procédures, il est certain que le périmètre des diplômes ouverts à la VAE reste encore bien trop étroit.

Par ailleurs, des obstacles juridiques sont toujours avancés pour limiter le recours aux voies classiques de promotion professionnelle (concours interne, examen professionnel, promotion au choix). Elles ne sont à ce jour utilisées que pour les personnels des filières « administrative » et « ouvrière et technique », qui ne connaissent pas de difficultés de recrutement particulières, contrairement à nombre de métiers des filières « soignante » ou « médico-technique ».

*

La Cour souhaite vivement que la VAE soit étendue au plus vite aux professions qui connaissent les difficultés de recrutement les plus importantes, notamment à la profession infirmière, dans des conditions permettant une large utilisation de ce dispositif. Elle considère qu'il est indispensable d'étudier les moyens de dépasser les difficultés juridiques qui s'opposeraient à son déploiement, ainsi qu'à un plus large recours aux instruments classiques de promotion professionnelle.

Les difficultés liées à des dispositions du droit communautaire, réelles à ce jour, ne devraient pourtant pas être considérées comme insurmontables à l'avenir, dans un contexte où le Parlement européen et le Conseil se sont récemment prononcés pour valoriser non plus les durées de formation, mais surtout les acquis des apprentissages dans le « cadre européen de certifications », qui préside au développement de la VAE¹³³ dans le cadre de la stratégie dite « de Lisbonne ».

5 - La productivité

La Cour relevait que les écarts de productivité entre établissements étaient si marqués qu'ils méritaient d'être examinés rigoureusement.

La mise au point d'instruments de mesure et d'analyse de la productivité, permettant aux établissements de se situer les uns par rapport aux autres, est en passe d'atteindre un stade opérationnel. L'examen de ces données par la tutelle doit donc désormais encore acquérir un caractère plus systématique.

*

En matière de productivité, l'enjeu principal reste de mieux tirer parti des analyses comparées qui pourraient être menées entre établissements de dimensions similaires, pour travailler à l'amélioration de l'efficacité des organisations, à partir des meilleures pratiques observées.

Par ailleurs, les réorganisations qui paraissent possibles à l'occasion du départ en retraite de plus de 220 000 agents de la FPH entre 2008 et 2015 nécessiteront de mieux intégrer les enjeux de productivité dans les politiques de GRH. Le projet de développer coopérations et délégations de tâches entre professionnels de santé à l'hôpital devrait y contribuer.

133) Recommandation du Parlement européen et du Conseil du 23 avril 2008 établissant le cadre européen de certifications pour l'éducation et la formation tout au long de la vie.

Au-delà de cette réforme, prévue par les travaux législatifs en cours, ces réorganisations pourraient donner lieu à des gains substantiels de productivité, permettant de ne pas remplacer la totalité des personnels partis en retraite. L'enjeu est important : à titre purement indicatif, il a été calculé que le non-remplacement d'un fonctionnaire sur trois parmi ceux partant en retraite dans les cinq prochaines années, c'est-à-dire d'une proportion relativement modeste des effectifs totaux des hôpitaux publics, de l'ordre de 7 %, pourrait générer près de 300 M€¹³⁴ d'économies par an sur la période 2008-2012, soit une diminution récurrente d'1,5 Md€ de la base de masse salariale des personnels des EPS, à l'issue de la période considérée.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Alors que l'hôpital public est une entreprise de main d'œuvre, dont les deux tiers des coûts sont des charges de personnel, il est paradoxal de relever que les politiques de modernisation de l'hôpital public les plus récentes (plans hôpital 2007 et hôpital 2012) se sont essentiellement consacrées aux équipements et à l'investissement.

La Cour considère donc que la gestion des ressources humaines doit faire l'objet d'une attention encore plus soutenue de la part des autorités de tutelle, notamment dans le contexte de la mise en œuvre de la future loi hôpital, patients, santé, territoires.

Aussi, la Cour continuera à suivre avec attention les évolutions des politiques de GRH hospitalière publique, ainsi que la modernisation du cadre administratif et financier de la gestion du personnel des EPS. La Cour attend que les réformes en cours sur l'organisation et la gestion des hôpitaux et sur le contrôle de l'Etat, avec la création d'agences régionales de santé, accordent à la GRH une place essentielle. A défaut, les efforts nécessaires en matière d'équipement et d'investissement programmés par les plans « hôpital 2007 » et « hôpital 2012 » ne suffiront pas à moderniser et optimiser les capacités hospitalières.

134) Source : direction du budget. L'estimation ne concerne que les personnels relevant de la FPH, c'est-à-dire qu'elle n'inclut pas les personnels médicaux.

RÉPONSE DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

L'insertion de la Cour relatif aux « personnels des établissements publics de santé » appelle de ma part les observations suivantes.

Le ministère de la santé se félicite des progrès constatés par la Cour en ce qui concerne les actions de modernisation des procédures de gestion, de simplification statutaire et de réorganisation de l'administration centrale.

Ces chantiers ambitieux engagés depuis 2006 se poursuivent aujourd'hui et le ministère de la santé entend souligner les travaux en cours ou à venir qui pour certains répondront aux points de blocage mis en évidence par la Cour.

Les outils de gestion et le cadre administratif

Compte tenu du principe d'autonomie des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés, le ministère de la santé doit mettre en place un dispositif de grande ampleur pour avoir une connaissance précise des facteurs d'évolution de l'emploi et de la masse salariale.

La Cour souligne qu'il existe actuellement six instruments différents dont l'objet est d'étudier la situation des personnels hospitaliers mais il convient de rappeler qu'ils ont des finalités et sont issus d'enquêtes diverses, les unes relatives aux bilans sociaux des établissements de santé, les autres sur les effectifs ou sur les rémunérations.

La fiabilité et la rationalisation de la remontée d'information sur le thème des rémunérations dans le champ des établissements de santé publics et privés (personnel médical et non médical) est un objectif du ministère de la santé.

De manière coordonnée entre la DHOS, la DREES, le CNG, l'ATIH, et la DGAFP, les actions suivantes doivent être mises en œuvre dans le cadre d'un programme pluriannuel.

- *Dès 2009, sera mis en place un tableau de bord de la masse salariale des établissements de santé s'appuyant sur les données comptables : le suivi des rémunérations et des ETP par catégorie de personnel dans l'EPRD initial, les états quadrimestriels et le compte financier.*
- *L'enquête « coûts et carrières » évoluera vers les déclarations annuelles de données sociales (DADS), avec un recueil au niveau de l'individu (résultat fin 2009).*

- *Au travers d'établissements cibles, des remontées d'information (DADS, coûts et carrières, SPE) seront expertisées et comparées. En 2011, le Ministère de santé souhaite pouvoir exploiter les données issues de la DADSU ;*
- *Enfin, l'opérateur national de paie (ONP) recueille actuellement les besoins pour la mise en place d'un système d'information décisionnel (SID ONP) alimenté principalement pour les trois fonctions publiques par les données annuelles anonymisées et retraitées fournies par les SIASP (système d'information sur les agents publics de l'INSEE). Cet outil dont l'exploitation est prévue pour le premier trimestre 2011 permettra de couvrir des thématiques telles la gestion opérationnelle RH, la GPEEC, l'emploi et la masse salariale, et le suivi d'activité, et ainsi avoir des éléments de comparaisons pour les trois fonctions publiques.*

Ainsi, tout en ayant la volonté de pouvoir expertiser la cohérence des données recueillies, le ministère de la santé s'engage dans une démarche de rationalisation de ses outils en s'inscrivant dans le cadre d'une démarche inter fonction publique.

Le ministère de la santé entend poursuivre ses efforts dans le domaine de la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences. En effet, il est urgent que les principes de GPEEC se traduisent par une inflexion des pratiques de gestion, qui peut apparaître encore trop limitée aujourd'hui. C'est pourquoi, dès 2009, il sera demandé aux directeurs d'ARH d'avoir une démarche d'incitation forte au travers de l'insertion d'un volet GPEEC dans les contrats d'objectifs et de moyens de tous les établissements.

Concernant la suggestion de la Cour d'étendre la compétence du CNG à l'ensemble des médecins, le ministre de la santé indique que cette extension peut être envisagée pour les personnels enseignants et hospitaliers qui relèvent d'une gestion, qui peut apparaître encore trop limitée aujourd'hui. C'est pourquoi, dès 2009, il sera demandé aux directeurs d'ARH d'avoir une démarche d'incitation forte au travers de l'insertion d'un volet GPEEC dans les contrats d'objectifs et de moyens de tous les établissements.

Concernant la suggestion de la Cour d'étendre la compétence du CNG à l'ensemble des médecins, le ministère de la santé indique que cette extension peut être envisagée pour les personnels enseignants et hospitaliers qui relèvent d'une gestion nationale assurée conjointement par les ministères en charge de l'enseignement supérieur et de la santé. En revanche, la centralisation de la gestion des praticiens contractuels actuellement recrutés et gérés par les établissements publics de santé ne paraît pas présenter d'intérêt évident et n'est donc pas envisagée.

Il paraît nécessaire de pondérer l'appréciation de la Cour concernant la situation de recherche d'affectation. En effet, à l'époque où le rapport a été élaboré, le CNG n'était en charge de ses missions, et notamment de la procédure de recherche d'affectation, que depuis à peine neuf mois. Depuis lors le nombre de personnels placés en recherche d'affectation a connu une augmentation très conséquente. En effet, il est à ce jour de 20 personnes (6 praticiens et 14 personnels de direction) et il devrait passer à une quarantaine d'ici la fin de l'année après consultation des instances consultatives compétentes pour ces différents corps. Par ailleurs, si l'effectif cible a bien été évalué à 350 personnes, il a également été prévu qu'il ne serait atteint qu'au terme d'une montée en charge sur trois ans (fin 2010).

En outre, il ne faudrait pas privilégier l'instrument que constitue la situation de recherche d'affectation au détriment de son objectif qui consiste à favoriser la mobilité interne et externe des professionnels concernés. Dans cette perspective, le CNG a pris en charge à ce jour l'accompagnement professionnel, hors recherche d'affectation, de 70 personnes (41 praticiens et 29 personnels de direction). Ce dispositif plus souple et moins onéreux peut s'avérer plus approprié que celui de la recherche d'affectation pour apporter une solution à une majorité de situations professionnelles.

Enfin, il convient de rappeler que si les placements en recherche d'affectation sont décidés par le directeur général du CNG, après avis des commissions administratives paritaires nationales compétentes pour les deux corps de direction et, s'agissant des praticiens hospitaliers, des avis de la commission médicale d'établissement, du conseil exécutif ainsi que de la commission statutaire nationale, en revanche, le CNG n'a pas l'initiative de ces procédures puisqu'il n'est saisi qu'à la demande des intéressés, de leurs supérieurs hiérarchiques ou des autorités qui les contrôlent. A cet égard, les 110 personnes dont le CNG aura pris en charge l'accompagnement professionnel d'ici la fin de l'année 2008 (dont 40 environ en recherche d'affectation) représentent l'ensemble des demandes qui lui ont été adressées en ce sens.

Les politiques de gestion des personnels des établissements de santé

1) Le ministère de la santé souhaite préciser les causes de l'évolution de l'absentéisme depuis 2001.

Le nombre de jours d'absence pour motifs médicaux s'élève en 2005 à 19,3 jours d'absence par an et par agent, en augmentation de 2,7 jours par rapport à la période 2001-2005. Il s'explique essentiellement par l'augmentation des absences pour cause de maternité, paternité ou adoption qui représentent 4 jours par agent par an.

Les personnels hospitaliers sont à 79,8 % des femmes.

Les congés pour maternité ou paternité occupent un poids croissant dans les absences pour motif médical : de 17,7 % en 2001 à 21,2 % en 2005 et 21,7 % en 2006.

Hormis les absences pour maternité, paternité et adoption que l'on peut considérer comme inévitables, les absences pour motifs médicaux s'élèvent à 15,3 jours.

Enfin, le poids des absences pour maladies professionnelles a doublé en six ans avec, en 2006, 2,7 % des absences liées à des maladies professionnelles ou imputables au service, contre 2,6 % en 2005 et 2,1 % en 2004. Une amélioration de la prise en compte de ces affections et de leurs causes est en cours.

2) La Cour estime que des obstacles juridiques sont toujours avancés pour limiter le recours aux voies classiques de promotion professionnelle, notamment pour les filières soignante ou médico-technique.

Le ministère de la santé entend rappeler la création du fonds mutualisé des études promotionnelles (FMPE) rendu obligatoire pour les établissements publics de santé par l'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 (article 16 II).

Représentant pour les établissements publics de santé une contribution de 0,2 % de leur masse salariale en 2007, portée à 0,4 % en 2008 et 0,6 % en 2009, ce dispositif a permis en 2007 le financement de 1 800 études promotionnelles en 2007 et près de 2 900 (octobre 2008).

Il faut en outre rappeler que depuis 2000, les aides soignants ont une voie d'accès réservée au sein des instituts de formation en soins infirmiers pour 15 % des places ouvertes (ce pourcentage a été porté à 20 % en 2003).

Le ministère de la santé entend rappeler que la question du développement de la VAE pour les professions réglementées se pose avec acuité. En effet, il existe une difficulté en termes de compatibilité du dispositif VAE existant en France depuis 2002 et des directives sectorielles anciennes (1977) toujours en vigueur (même dans leur version 2005) dans leurs grands principes pour ce qui concerne l'accès à certaines professions réglementées.

Ces dernières fondent exclusivement l'accès au diplôme sur des temps de formation et ce dispositif ne fait aucune place à la validation des acquis de l'expérience. Ainsi, le diplôme d'Etat infirmier permet l'exercice d'une profession réglementée au sens de la directive 2005-36, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Le principe de la VAE se trouve donc limité par le fait qu'une expérience acquise dans l'exercice d'actes effectués illégalement ne peut être prise en compte. Ainsi, même dans le cas où cette expérience serait intervenue sous une couverture légale (par exemple dans le cas de médecins

autorisés à exercer dans le champ infirmier), cette validation rencontre l'obstacle lié à la directive sectorielle européenne citée ci-dessus qui ne reconnaît l'accès au diplôme infirmier que par la seule voie de la formation.

Le ministère de la santé a donc souhaité agir par d'autres moyens (du type dispense de scolarité en utilisant des passerelles entre diplômés) axés sur des temps de formation et non des temps d'exercice.

En conclusion, le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative poursuit son chantier de modernisation des ressources humaines dans les établissements publics de santé en veillant à prendre en compte la plupart des critiques formulées par la Cour des Comptes. Ainsi, à titre d'exemple, le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » qui a été présenté lors du Conseil des ministres du 22 octobre 2008, propose la prise en charge des congés spéciaux par le centre national de gestion, et l'extension de la situation de recherche d'affectation pour en faire un outil de gestion des ressources humaines des personnels de direction. Des mesures sont également prises pour tenir compte des limites du dispositif indemnitaire de part complémentaire de rémunération qui ne permet pas de valoriser l'atteinte d'objectifs individuels et collectifs de performance pour l'ensemble des praticiens. Ainsi, le projet de loi prévoit de mieux prendre en compte l'activité et les responsabilités institutionnelles dans la rémunération des praticiens. La création d'un nouveau type de contrat (dont pourront bénéficier les praticiens hospitaliers titulaires placés en détachement) en est une des déclinaisons.

RÉPONSE DU MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Je partage l'essentiel des recommandations de la Cour en faveur d'un renforcement des politiques de gestion des personnels de santé, dans un contexte de responsabilité accrue des chefs d'établissements. Je partage également, comme la direction du budget vous l'a fait connaître dans sa réponse à l'enquête de suite du 26 août 2008, les observations formulées par la Cour s'agissant du manque de statistiques actualisées et centralisées nécessaires à un véritable pilotage de la masse salariale, une meilleure connaissance du personnel médical et de son évolution, et au renforcement de l'individualisation des politiques d'évaluation des personnels.

En ce qui concerne plus particulièrement l'aménagement et la réduction du temps de travail, je souscris aux observations de la Cour tendant à regretter la méconnaissance du temps de travail des personnels médicaux et la nécessité de renforcer le suivi des tableaux de services au sein des établissements de santé.
