
CONTENU

ARTICLE 1 Emplois de direction et temps non-complet : la large palette de la précarité	2
« Éviter des classements disproportionnés »	2
Emplois fonctionnels : précaires ou pas ?	3
Heures supplémentaires des « temps partiels subis »	3
Apprentissage : le financement toujours pas réglé	4
REPONSE A DES IDEES RECUES	4
ARTICLE 2 Vacances aux Bahamas, chômage mieux rémunéré que le travail : des agents Pôle emploi répondent aux clichés	4
Article 3 De l'usage de la dette pour miner le service public hospitalier	7
Des chiffres faux	8
Un endettement organisé	10
À la merci des banques	10
Paupérisation	12
Une restructuration de l'endettement hors de prix et insuffisante	12
ARTICLE 4 JurisprudenceS	14
➔ Refus de titularisation d'un agent stagiaire en congé de maladie	14
🕒 Retenue sur traitement : quid de l'agent non gréviste mais empêché d'accéder à son lieu de travail ? .	15
Absence de service	15

ARTICLE 1 EMPLOIS DE DIRECTION ET TEMPS NON-COMPLET : LA LARGE PALETTE DE LA PRECARITE

Publié le 28/11/2019 • Par La Gazette dans : [Toute l'actu RH](#)



Deux projets de décrets de la loi fonction publique ont reçu un avis défavorable du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT). Celui sur les nouvelles conditions d'emploi et de rémunération des emplois fonctionnels et celui sur le nouveau régime des emplois permanents à temps non complet. Deux positions professionnelles dont le caractère précaire, certes incomparable, pourrait s'accroître avec l'application de la réforme.

Bas du formulaire

« Précaire » : se dit d'une situation dont on ne peut garantir la durée, la solidité, la stabilité ; ce qui, à chaque instant, peut être remis en cause ⁽¹⁾. Les emplois considérés comme « précaires » dans les collectivités le seront, à coups sûrs, davantage dans un futur proche, affirment plusieurs voix de la territoriale.

Deux projets de décrets, pris en application de la loi de transformation de la fonction publique, et examinés par le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT) du 27 novembre ont permis de le rappeler.

« ÉVITER DES CLASSEMENTS DISPROPORTIONNES »

Le premier portait sur [le recrutement direct – c'est-à-dire sans condition de passage d'un concours – pour pouvoir des emplois de direction](#) avec l'abaissement du seuil de recrutement de 80 000 à 40 000 habitants. Ces postes pourront être occupés tant par des fonctionnaires titulaires détachés que des contractuels. « De la concurrence entre cadres de direction va résulter de l'application de ce décret », assure la CGT.

Ce projet de texte prévoit les nouvelles conditions dans lesquelles ces agents seront recrutés (le niveau minimal de diplôme requis passe d'un BAC +5 à un BAC +3), selon la durée et le niveau de l'expérience professionnelle antérieure (au moins cinq ans d'activité). Une rédaction motivée par le fait que l'actuelle laisse la possibilité de classer les agents librement, parfois à un échelon élevé de la grille indiciaire, même avec une expérience professionnelle insuffisante.

« Ces nouvelles dispositions ont pour objectif d'éviter des classements disproportionnés, voire des effets d'aubaine pour des fonctionnaires qui seraient en disponibilité et seraient recrutés sur un emploi fonctionnel », avait pu préciser la Direction générale des collectivités locales (DGCL), lors d'une réunion préalable dont la Gazette des communes a pu consulter le compte-rendu.

EMPLOIS FONCTIONNELS : PRECAIRES OU PAS ?

Le projet de décret fixe ensuite à trois ans maximum, renouvelable, la durée du contrat des agents recrutés sur un emploi fonctionnel. Ils auront une période d'essai d'une année. Et, précision importante, ils pourront être licenciés de leur emploi « dans l'intérêt du service »...⁽²⁾

Pour FO, au-delà du premier contrat de trois ans, il faudrait proposer un CDI. Mais pour le gouvernement, la CDI-sation des CDD a principalement pour objet de « déprécariser » des agents en CDD, ce qui ne s'appliquerait pas vraiment en l'espèce pour des emplois fonctionnels, car logiquement « bien rémunérés ». Une analyse non partagée par Jean-Robert Massimi, directeur général du Conseil sup'. Pour lui, ils ne sont bien évidemment pas comparables aux catégories « C », mais ils sont assurément « précaires par nature ». Et le risque est grand de voir s'amplifier le phénomène.

Syndicats comme employeurs territoriaux – qui n'étaient ni demandeurs de l'abaissement du seuil de 80 000 à 40 000 habitants ni de celui du niveau de qualification minimal requis – ont unanimement voté contre le texte. Conduisant à un deuxième examen prévu le **18 décembre prochain**.

HEURES SUPPLEMENTAIRES DES « TEMPS PARTIELS SUBIS »

Le deuxième projet de décret, présenté en deuxième lecture traite du nouveau régime des emplois permanents à temps non complet.

« Les temps non complets dans la FPT, ce sont des temps partiels subis », a voulu rappeler une ultime fois Claire Le Calonnec (Interco CFDT), tant la confusion règne encore aujourd'hui. La réforme de la fonction publique « aggrave cette situation » avec la création de tous types d'emplois à moins de 17h30, dans toutes les collectivités.

C'est pourquoi il avait été demandé que tous les territoriaux recrutés à temps non complet bénéficient, comme leurs collègues à temps plein, des indemnités horaires pour travaux supplémentaires (IHTS), avec majoration de 25 % dès la première heure effectuée au-delà de la quotité de travail pour laquelle ils ont été recrutés.

Le collège des élus du Conseil national d'évaluation des normes (CNEN) avait estimé lui aussi, le 7 novembre dernier, qu'une réflexion devait être menée sur ce sujet. « Il peut apparaître paradoxal qu'un agent à temps non complet soit rémunéré conformément au régime applicable aux 'heures complémentaires', [...] et non à celui applicable aux 'heures supplémentaires' » comme un agent bénéficiant à sa demande d'un temps partiel. »

Le gouvernement aurait promis la présentation, au prochain CSFPT, d'un autre projet de texte corrigeant cette incohérence.

APPRENTISSAGE : LE FINANCEMENT TOUJOURS PAS REGLE

A noter une grosse déception lors de ce Conseil sup' : les débats sur le projet de décret relatif au financement de l'apprentissage par le CNFPT à 50%. n'ont en rien réglé la question du financement plus global des apprentis dans les collectivités, regrettent plusieurs voix.

Le gouvernement s'est simplement dit favorable à faire préciser que la concertation nécessaire à la fixation du montant plafond de la prise en charge s'effectuerait avec les organismes de gestion des Centres de formations des apprentis (CFA).

« Tout le monde a conscience que ce dispositif, insuffisant, ne peut être que provisoire. Les collectivités devront attendre l'ordonnance relative à la formation pour négocier de manière plus fine le financement de l'apprentissage », selon Jean-Robert Massimi.

Cette question « devra être repensée avec la participation de tous les acteurs », aurait insisté Philippe Laurent, président du CSFPT. Il a d'ailleurs annoncé l'envoi d'un courrier de la coordination des employeurs territoriaux à ce sujet au secrétaire d'État en charge de la fonction publique.

REPONSE A DES IDEES RECUES

ARTICLE 2 VACANCES AUX BAHAMAS, CHOMAGE MIEUX REMUNERE QUE LE TRAVAIL : DES AGENTS POLE EMPLOI REPONDENT AUX CLICHES

SITE BASTAMAG 2 décembre 2019

Comme pour l'actuelle réforme des retraites, le gouvernement a tenté de justifier sa réforme de l'assurance chômage par une série d'idées reçues allègrement relayées par certains médias. Mais dans la réalité, la plupart des chômeurs galèrent.

1ERE IDEE RECUE : « Quand vous êtes salarié et que vous voyez certaines personnes qui partent en vacances aux Bahamas grâce à l'assurance chômage, il est légitime de se dire que ce système marche sur la tête ! », Damien Adam, député LREM de Seine-Maritime, novembre 2018.

Voilà le genre de petites phrases qui ont été répétées depuis plus d'un an au fil des mois et des interviews. Elles visent à rendre acceptable le durcissement généralisé et sans précédent des conditions d'indemnisation du chômage que prévoit la réforme entrée en vigueur le 1er novembre.

La réalité est évidemment bien différente de l'imaginaire d'île paradisiaque sorti de la tête d'un député de La République en marche.

Aurélië, agente de Pôle emploi depuis dix ans, répond au député et à tous ceux qui pensent qu'une bonne partie des chômeurs sont finalement contents de leur sort : *« Ah ! le fameux chômeur qui part se la couler douce aux Bahamas.... Je pense qu'il doit y avoir là-bas des plages où l'on ne trouve que des chômeurs français. D'ailleurs, on devrait peut-être aller y mener nos entretiens. Cela nous changerait des face à face dans nos bureaux, avec des personnes qui vont souvent assez mal »*, dit-elle avec ironie.

Les faits ? Sur 6,3 millions de demandeurs d'emplois, 2,6 millions sont indemnisés aujourd'hui. Soit un peu moins de 40 %. Le montant moyen des indemnités perçues : environ 1000 euros par mois. Pas de quoi se payer des vacances de rêve, même *low-cost* au Bahamas ! La moitié des personnes indemnisées – c'est-à-dire 1,3 million de personnes – reçoivent moins de 860 euros par mois [1] Elles vivent donc sous le seuil de pauvreté.

Viennent ensuite les 400 000 personnes qui perçoivent l'allocation spécifique de solidarité (ASS), versée aux chômeurs en fin de droits, sous conditions de ressources. Elle s'élève à 494 euros par mois, et peut être coupée suite à un contrôle aléatoire (de plus en plus nombreux). Arrivent enfin ceux et celles qui ne touchent rien. En France, la moitié des demandeurs d'emploi n'ont aucune indemnité... *« L'immense majorité des chômeurs ne perçoit donc pas grand-chose, résume l'Observatoire des inégalités. Ils ne s'en sortent qu'avec le soutien d'autres allocations ou de proches. »*

Plutôt désargentés, donc, les chômeurs sont en moins bonne santé que le reste de la population. Une enquête publiée en 2018 par l'association « Solidarités nouvelles face au chômage » (SNC) révèle qu'un tiers des demandeurs d'emploi considèrent que leur santé s'est dégradée pendant leur période de recherche d'un nouveau travail. Une étude de l'Inserm montre aussi que la condition de chômeur est associée à un risque de mortalité presque trois fois plus élevé par rapport à des personnes de même âge et de même sexe occupant un emploi.

« La réforme en cours ? Je crains que cela ne soit pas assez efficace car ce n'est pas assez violent », s'inquiétait l'éditorialiste Christophe Barbier, sur BFM TV, en juin 2019.

Entrée en vigueur ce 1er novembre, la réforme de l'assurance chômage risque pourtant d'assombrir encore le quotidien des demandeurs d'emploi. Pourquoi ? D'abord parce que le nombre de personnes indemnisées va brutalement chuter, passant de 2,6 millions à 1,3 million. Ensuite parce que, à compter du 1er avril 2020, le montant moyen des indemnités va dévisser (Lire notre article : « Je n'ai jamais vu ça, un durcissement aussi violent » : des agents de Pôle emploi « horrifiés » par la réforme).

« Derrière toutes ces réformes, il y a des conséquences humaines très graves, insiste Gaëlle Moreau, porte-parole de l'association AC ! Agir ensemble contre le chômage. Les gens ne peuvent plus payer leur loyer, ni leur facture d'énergie. Encore moins manger. On va bientôt pouvoir travailler un jour par mois et ne plus être considéré comme chômeur. Les gens n'arriveront pas à vivre. » Bien des agents de Pôle emploi appréhendent le printemps et l'obligation d'annoncer des indemnités ridicules à des personnes qui ont pourtant travaillé. Leur direction semble d'ailleurs partager leurs inquiétudes puisque, dans certaines agences, il est prévu de recruter des vigiles ! Mais tout cela n'est pas encore suffisamment violent pour l'éditorialiste parisien.

2^{ème} idée recue « *Si vous êtes prêt et motivé, dans l'hôtellerie, les cafés, la restauration, dans le bâtiment, il n'y a pas un endroit où je vais où ils ne me disent pas qu'ils cherchent des gens* », Emmanuel Macron, septembre 2018.

Le chiffre tourne régulièrement en boucle : 150 000 offres d'emplois ne trouveraient pas preneur, ce qui ne signifie pas qu'aucun candidat ne s'est présenté (les entreprises concernées reçoivent en moyenne 5 CV [2]. « *Pourquoi certaines offres d'emplois ne sont pas pourvues ?*, interroge Erwan, également agent à Pôle emploi. *On le sait très bien. Parfois, les employeurs laissent l'annonce, même s'ils ont trouvé quelqu'un. Soit par négligence, soit consciemment. Pour les boîtes d'intérim, cela fait un vivier à intérimaires.... Surtout, la plupart de ces annonces viennent de secteurs et métiers qui ne paient pas. Les rémunérations sont trop basses par rapport au niveau de qualification demandé. Ou bien les temps de travail sont hyper-fractionnés, et très courts.* »

« *Les chômeurs qui refusent un emploi sont rares, ajoute Aurélie. De plus en plus rares. Avec la pression sociale et celle de l'entourage, ce sera de plus en plus difficile de dire non. Ceux qui osent le faire sont sûrs d'eux, souvent qualifiés, et habitués à de bons salaires.* »

Ajoutons que nombre d'annonces sont totalement fantaisistes, voire carrément illégales, comme l'a révélé l'an dernier le comité national des travailleurs privés d'emploi et précaires de la CGT. Mais proposer un maximum d'offres d'emploi, même inacceptables, permet d'affirmer que si les chômeurs ne trouvent pas de travail, c'est de leur faute...

3^{ème} idée reçue « *On ne doit pas gagner plus en étant au chômage qu'en travaillant* », affirmait la ministre du travail Muriel Pénicaud au magazine *Challenges*, en janvier 2019 [3]. Invitée de Jean-Jacques Bourdin sur RMC le mardi 5 novembre, elle a réitéré ce refrain : « *Est-ce que c'est normal qu'on gagne plus au chômage qu'au travail ? On marche sur la tête.* »

La méthode statistique développée par Pôle emploi trois mois après la première déclaration de la ministre - et à sa demande - interroge. Pour calculer le salaire de référence des chômeurs, Pôle emploi a décidé de retenir la moyenne des revenus perçus pendant toute la période travaillée, quelle que soit le temps de travail.

Exemple : Samir a travaillé quatre mois à temps plein, pour un salaire de 1500 euros. Son salaire de référence, c'est 1500 euros. Il a droit à 956 euros d'allocation chômage, soit environ 63 % de son salaire précédent. Lui percevra donc moins au chômage qu'en activité.

Julie a elle aussi travaillé pendant quatre mois à temps plein pour 1500 euros. Elle aussi a donc droit à 956 euros d'allocation chômage pendant quatre mois. Mais avant d'avoir ce temps plein, elle a aussi travaillé trois jours par mois pendant huit mois, pour 50 euros par jour (150 euros par mois). Résultat : pour Pôle emploi, qui va prendre en compte l'ensemble de la période - les quatre mois à plein temps et les huit mois à temps très partiel -, son salaire de référence n'est plus que de 600 euros [4]. Selon cette méthode de calcul, l'allocation chômage de Julie (956 euros) est plus élevée de 160 % que son salaire de référence, calculé sur les 12 mois précédents. La méthode de calcul retenue semble avoir pour avantage principal de faire grimper artificiellement le taux de remplacement, la part de l'ancien salaire perçu sous forme d'indemnités. Et de donner des arguments de mauvaise foi aux ministres et éditorialistes qui dénoncent les « privilèges » des chômeurs.

Muriel Pénicaud omet par ailleurs certaines informations, et oublie ainsi d'évoquer la durée de l'indemnisation. Un salarié qui travaille à mi-temps au Smic pendant quatre mois, soit 740 euros de salaire mensuel, touchera 480 euros d'allocation. Un autre salarié, qui fait le même travail sur la même durée, mais en enchaînant les contrats de quinze jours par mois à temps plein, aura droit à 960 euros d'allocations. Pourquoi ? Parce que c'est le salaire journalier qui sert de base au calcul. Cela dit, le premier touchera son indemnité pendant quatre mois, contre deux pour le second. Donc, en fin de droits, ils auront touché la même somme : 1920 euros chacun. Personne n'aura gagné plus que l'autre... [5]

« Le calcul de Pôle emploi se base sur les règles d'indemnisation de la période 2015-2017, ajoute l'association ATD quart-monde, en contact quotidien avec ceux et celles que le chômage écrase. De nouvelles règles en vigueur depuis octobre 2017 aboutissent pourtant déjà à un versement moins favorable pour les salariés effectuant des contrats de moins de cinq jours. » Le public ciblé par la ministre du Travail est donc principalement constitué de salariés précaires, souvent peu qualifiés et peu rémunérés.

Selon l'Unédic, seulement 4 % des allocataires sont susceptibles d'avoir perçu une allocation supérieure à leur salaire [6]. Et quelle allocation : 290 euros par mois ! Alors qu'ils touchaient 220 euros en travaillant. Pourront-ils, s'ils savent développer leurs compétences d'épargnants, se payer un jour un billet d'avion pour les Bahamas ? Les moins chers, en ce moment, sont à 700 euros !

ARTICLE 3 DE L'USAGE DE LA DETTE POUR MINER LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Site Médiapart 29 novembre 2019 Par Martine Orange

Annoncée avec emphase par le gouvernement, la reprise partielle de la dette hospitalière par l'État se révèle dans les faits dérisoire. Cet endettement, alourdi parfois par des prêts toxiques, a été voulu, organisé depuis le début des années 2000. La paupérisation du service public hospitalier par la dette continue son œuvre.

C'est la seule mesure du plan d'urgence pour les hôpitaux qui a quelque mérite aux yeux des personnels hospitaliers. Dans la liste des annonces présentées par le gouvernement le 20 novembre, l'allègement de la dette des hôpitaux est la seule disposition qui fait consensus. Le dispositif peut permettre de soulager un peu l'hôpital, selon les soignants et les médecins. Au contraire de toutes les annonces faites par le gouvernement.

Après plus de neuf mois de grèves dans les services d'urgence, la réponse du gouvernement a été jugée si décevante, si inadaptée sur tous les autres points que les soignants et les médecins vont manifester à nouveau le 30 novembre. Le syndicat des internes hospitaliers a appelé à une grève reconductible à partir du 10 décembre.

Les chiffres avancés par le gouvernement se veulent pourtant convaincants : 1,5 milliard d'euros supplémentaires doivent être versés au secteur hospitalier d'ici 2022. Mais l'essentiel de cette aide est reporté à plus tard. Au lendemain de ses annonces, le gouvernement a fait un amendement au budget de la Sécurité sociale.

Finalement, il ne sera versé que 200 millions de plus en 2020 aux hôpitaux, priés dans le même temps de réaliser 800 millions de plus d'économie (voir notre article « *La charité pour l'hôpital* »). Et c'est peut-être la même mauvaise surprise qui se prépare autour de la reprise partielle de la dette hospitalière.



Agnès Buzyn, ministre de la santé et de la solidarité. © Reuters

Avec cette disposition, le gouvernement donne l'impression d'avoir fait une immense concession aux personnels hospitaliers. Un mois avant, la reprise de la dette hospitalière par l'État, proposée par la ministre de la santé, Agnès Buzyn, était vigoureusement écartée par le ministre des finances, Bruno Le Maire. Pour lui, il ne pouvait être question d'accepter une telle mesure, qui ne pourrait être qu'un mauvais signal, illustrant le laxisme supposé de la gestion publique. L'austérité étant censée être la mère de la bonne gestion, il fallait s'y tenir. Finalement, Bercy a plié. En apparence.

« *C'est le signe de la grande confiance dans l'hôpital public* », a assuré le premier ministre, Édouard Philippe. Cet allègement de la dette des hôpitaux doit permettre de réduire les charges financières et « *retrouver rapidement les moyens d'investir* », a-t-il indiqué. À terme, cette mesure devrait permettre de dégager « *800 millions d'euros de marges de manœuvre* », selon lui.

DES CHIFFRES FAUX

L'ennui est que ces chiffres sont faux. Les frais financiers liés aux charges d'emprunt du secteur hospitalier sont évalués à 850 millions d'euros aujourd'hui par la Fédération hospitalière de France. Pour parvenir à 800 millions d'euros d'allègement par an, il aurait fallu que le gouvernement accepte de reprendre quasiment l'intégralité des 30 milliards d'euros de dette contractés par les établissements hospitaliers. Il a choisi de n'en reprendre qu'un tiers, soit 10 milliards d'euros. Et encore sur trois ans : ce qui représente une reprise de 3,3 milliards d'euros de dette par an, soit 0,1 % de l'endettement public total. Au mieux, les frais financiers seront réduits à quelque 90 millions d'euros en 2020, selon les premières évaluations de la Fédération hospitalière de France. Une goutte d'eau dans un budget total de 84 milliards d'euros par an.

Rien n'empêchait le gouvernement de faire un geste d'ampleur et de reprendre la totalité de la dette hospitalière. Même pas les fameux critères de Maastricht. À la différence de l'Allemagne, qui a régionalisé l'essentiel de ses dépenses hospitalières, la dette des hôpitaux publics est déjà comptabilisée dans les comptes publics établis dans le cadre des traités européens. Transférer la dette des bilans des hôpitaux à ceux de l'État n'aurait donc rien changé par rapport aux exigences de déficit et d'endettement imposées par les règles européennes. Cela aurait même pu contribuer à améliorer les comptes publics : l'État emprunte traditionnellement à des taux bien inférieurs à tous les autres, même les organismes publics. Et en ce moment, les taux sont négatifs pour les emprunts d'État.

La prise en charge par l'État de la totalité de la dette des hôpitaux et des charges financières qui lui sont liées aurait été aussi un moyen de compenser au moins partiellement les 2,7 milliards d'euros qui vont disparaître des recettes de la Sécurité sociale en 2020, à la suite des allègements consentis par le gouvernement (défiscalisation et suppression des cotisations sociales sur les heures supplémentaires, les primes, l'intéressement...). La loi Veil oblige normalement le gouvernement à compenser tous les allègements qui pénalisent le budget de la Sécurité sociale. Mais, cette fois-ci, le gouvernement s'y est refusé.

Si le gouvernement n'a pas voulu reprendre l'intégralité de la dette hospitalière, c'est moins pour des questions de gestion que de principe. Cela aurait été contraire à sa politique, à ses croyances.

Depuis plus d'une décennie maintenant, de nombreux économistes ont documenté le rôle de la dette dans la logique néolibérale. C'est l'outil idéal de contrainte pour forcer les États ou tout ce qui relève de la sphère publique – la sphère privée a le droit à de tout autres égards – pour les forcer à reculer, à plier face au tout économique, à la marchandisation du monde (*lire ici ou là*).

La prescription qui est imposée par le gouvernement aux hôpitaux s'inscrit totalement dans cette vision. Il va jusqu'à s'inspirer des pratiques instaurées par la Troïka en Grèce, imposant l'austérité contre des financements : les établissements hospitaliers qui demanderont une reprise de dette devront s'engager, en retour, par contrat avec l'État, « *dans une trajectoire de désendettement et/ou dans un plan de transformation* », précise-t-il, dans un langage caricatural de ce néomanagement devenu la norme de toute parole publique officielle.

Faire un autre choix aurait été irresponsable, assure le gouvernement. Délestés de tout endettement, les hôpitaux auraient été poussés à s'endetter à nouveau sans limites, ceux-ci dépensant sans compter, à en croire le gouvernement. « *La dette des hôpitaux a augmenté de 40 % en dix ans* », insiste le dossier de presse du gouvernement, ancrant l'idée d'une gabegie infinie du secteur hospitalier. Un argument repris par Agnès Buzyn, ministre de la santé, devant l'Assemblée nationale, qui dénonce l'incurie gestionnaire des hôpitaux publics, illustrée par l'explosion de leur dette ces dernières années.

Tableau n° 1 : évolution de la dette à moyen et long termes des EPS

en Md€

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Encours de la dette	9,8	10,9	12,0	13,5	15,9	18,9	21,9	24,2	26,5	29,3
Évolution N/N-1	10 %	11 %	10%	13 %	18 %	19 %	16 %	10 %	10 %	10 %

Source : direction générale des finances publiques et direction générale de l'offre de soins

L'ennui, là encore, est que tout ceci est faux. Deux rapports de la Cour des comptes, le premier en 2014, le second en 2018 retracent avec précision la trajectoire de la dette hospitalière des dernières années. En 2003, la dette des hôpitaux s'établit à 9,8 milliards d'euros. Puis elle s'envole tout au long de la première décennie 2000 pour finir à 29,3 milliards d'euros en 2012. Depuis, comme le constate la Cour des comptes, les hôpitaux ont mené une politique constante de rigueur, en vue de stabiliser les dépenses et de reprendre le contrôle de l'endettement et des charges financières. Avec un certain résultat. En 2019, la dette hospitalière est au même niveau qu'EN 2012 : 30 MILLIARDS D'EUROS

UN ENDETTEMENT ORGANISE

Cette dégradation financière du secteur public hospitalier n'est pas seulement liée à un manque de financement, à des erreurs dans des politiques publiques mal maîtrisées. Elle a été voulue, organisée à partir des années 2000. C'est François Fillon, ministre de la santé dans le gouvernement Raffarin – deux hommes qui, pourtant, n'ont cessé par la suite de dénoncer le malheur de la dette « *laissée à nos enfants* » – qui en a été le grand organisateur. À l'époque, il s'agit de lancer la modernisation des hôpitaux dans le cadre d'un plan nommé « *Hôpital 2007* », visant à augmenter de 30 % l'investissement hospitalier.

Mais le gouvernement a une idée bien arrêtée pour mener cette modernisation : celle-ci ne sera pas financée par l'État comme auparavant mais par l'appel aux banques et aux marchés, par la dette donc. C'est dans le cadre de cette modernisation que le gouvernement introduit un autre levier : la tarification à l'acte.

Deux mesures clés qui participent au dynamitage du service public de la santé. L'hôpital n'est plus un bien commun, qui s'inscrit dans un réseau de soins organisés, mais une entreprise, qui a ses moyens et ses projets propres, en concurrence avec tous les autres. « *Plus l'activité est soutenue, plus l'hôpital gagne de l'argent, exactement comme dans une entreprise* », confirmera plus tard Jean de Kervasdoué, l'un des grands inspirateurs de la « *modernisation* » de la santé en France et notamment de la tarification à l'acte. Cet économiste libéral a sévi à la direction des hôpitaux et au ministère de la santé pendant plus de trois décennies.

Pour parachever cette transformation, le gouvernement adopte des dispositions qui n'ont l'air de rien mais qui se révéleront dévastatrices pour la suite : d'une part, il supprime tous les contrôles des autorités de tutelle sur les emprunts hospitaliers, d'autre part, les dirigeants hospitaliers, auxquels le gouvernement accorde les pleins pouvoirs face aux médecins et aux responsables de santé, n'ont plus l'obligation de soumettre les plans de financement, les emprunts contractés à l'approbation de leur conseil d'administration. Tous les garde-fous sont levés. Le directeur d'hôpital est seul roi en son royaume, mais sans porter aucune responsabilité, sans qu'il ne lui soit demandé aucun compte.

À LA MERCI DES BANQUES

Ce recours fléché à l'endettement est accueilli par des applaudissements par le monde bancaire. À l'époque, les collectivités locales et tous les services publics sont des marchés à conquérir pour les banques : il est possible de leur prêter à des taux bien plus élevés que ceux consentis à l'État (en moyenne, les hôpitaux emprunteront durant cette période à des taux de 2 % à 6 % plus élevés que ceux de

~~l'État) et, en même temps, ils sont considérés comme des emprunteurs sûrs, car l'État est toujours garant en dernier ressort.~~

Dexia (ancien Crédit local de France), interlocuteur traditionnel des collectivités locales, détient naturellement une part prépondérante de ces marchés (40 %). Toute à sa folie d'expansion, la banque entend bien défendre sa place et même l'accroître, par tous les moyens. Mais le Crédit agricole, la Deutsche Bank, les Caisses d'épargne, le Crédit suisse et bien d'autres sont aussi sur les rangs. Tous lorgnent ces nouveaux clients, d'autant plus intéressants qu'ils sont inexpérimentés.

C'est l'époque où la créativité bancaire est débordante. Taux variables, emprunts indexés sur le yen, le franc suisse, prêts structurés, avec des remboursements différés, au moins au début... : l'imagination bancaire est au pouvoir pour attirer les clients publics, les convaincre que rien ne fait obstacle à leurs projets d'agrandissement, de modernisation, d'expansion, en se garantissant des marges substantielles. Entre 2003 et 2008, la dette hospitalière est ainsi multipliée par deux : elle est alors à 18,9 milliards d'euros.

Comme les maires, les directeurs d'hôpitaux signent à tour de bras des emprunts, parfois très toxiques, pour agrandir et moderniser leur hôpital. Sans aucun contrôle. En 2012, à la suite de la faillite de Dexia et du scandale des prêts toxiques, une première évaluation de ceux-ci dans le secteur hospitalier sera menée par la Cour des comptes. Selon ses estimations, un milliard d'euros de prêts souscrits par les hôpitaux sont classés comme très toxiques. Les autres prêts considérés à « *risque très élevé* » sont estimés à 2,5 milliards d'euros. Au total, 12 % du total de l'encours des dettes hospitalières est considéré comme faisant porter un risque élevé aux établissements hospitaliers, se traduisant dès cette époque par des surcoûts de plusieurs dizaines de millions chaque année.

Les autorités de contrôle n'ont rien vu. Comme elles n'ont rien vu quand les directions s'engageaient tête baissée dans des partenariats public-privé (PPP) pour la construction, l'agrandissement ou la modernisation d'établissements hospitaliers. Une trentaine de contrats en PPP, représentant un endettement global de 1,5 milliard d'euros, remboursables sur des périodes de 18 à 30 ans, seront signés, sans la moindre opposition des autorités de tutelle, pendant cette période. Ce n'est qu'après le scandale de l'hôpital Sud-Francilien que les ministères de la santé et des finances se décideront à les exclure du secteur de la santé.

La faillite de Dexia au début de la crise financière de 2008, la découverte des emprunts toxiques à la suite de cet effondrement, la crise plus générale de la dette en Europe auraient pu conduire le gouvernement de l'époque à tenter de reprendre les choses en main ou, en tout cas, à revisiter son plan « *Hôpital 2012* », bâti sur le même modèle que le précédent. Roselyne Bachelot, ministre de la santé du gouvernement de François Fillon, son prédécesseur à ce poste, décida au contraire de poursuivre sur la même ligne : la modernisation des hôpitaux devait se continuer, sans l'aide des finances publiques, par le biais de l'endettement. Et l'endettement hospitalier continua de grimper de 10 milliards, pour arriver à 29,3 milliards. En dix ans, il avait été triplé.

C'est la crise de la zone euro en 2011 qui donne finalement un coup d'arrêt à cette fuite en avant. L'heure est à l'austérité, à la rigueur. À son arrivée au pouvoir, le gouvernement de Jean-Marc Ayrault reprend le dossier, mais sans vraiment changer l'équation financière des hôpitaux. Si le recours à l'emprunt a été quasiment banni, tout le reste demeure inchangé.

PAUPERISATION

Entre-temps, la situation s'était considérablement dégradée : au nom de la rigueur, l'enveloppe globale destinée au financement des hôpitaux n'a pas augmenté, les tarifs pratiqués à l'acte ont été baissés. Dans le même temps, le secteur privé hospitalier, autorisé à se développer sans contraintes, a écrémé les activités les plus rémunératrices (accouchements, appendicectomies, opérations de court séjour), laissant aux hôpitaux la prise en charge des maladies les plus incapacitantes, des soins chroniques comme le diabète, qui pèsent lourd mais rapportent peu, selon les barèmes tarifaires de la Sécurité sociale. Les pouvoirs publics laissent délibérément prospérer une concurrence sans entraves entre le public et le privé, au profit de ce dernier.

Étranglés financièrement par des charges financières de plus en plus lourdes et des recettes en baisse, les gestionnaires des hôpitaux ne voient qu'une seule issue : l'austérité, toujours et encore l'austérité. Les moyens financiers, humains, matériels ne cessent de diminuer, tandis qu'il est demandé d'augmenter sans cesse les actes, la productivité des agents. Alors que l'investissement hospitalier représentait encore 5 milliards d'euros en 2012, il est tombé à 3 milliards aujourd'hui. La contrainte de la dette fait son œuvre : la paupérisation et la dégradation du service public de la santé sont en marche.

Dès 2014, la Cour des comptes, qui pourtant ne cesse de déplorer la faible productivité dans les hôpitaux, s'alarme de la situation financière des établissements hospitaliers : les frais financiers deviennent insupportables, ils représentent 4,1 % de la marge d'exploitation pour une marge totale de 5,1 %. Autant dire que les hôpitaux sont à sec, qu'ils n'ont plus les moyens d'investir, voire de maintenir une activité normale. « *Sans l'amélioration de la marge brute des hôpitaux ou sans octroi d'aides financières extratarifaires, le poids actuel de l'endettement mettra [...] les hôpitaux dans l'incapacité de financer à l'avenir leurs investissements courants* », prévient-elle dans un rapport sur la dette des établissements publics de santé.

Ni le gouvernement de Jean-Marc Ayrault ni celui de Manuel Valls n'entendent l'avertissement. Pire : ils décident que les hôpitaux, contrairement aux collectivités locales, se débrouilleront tout seul avec leurs emprunts toxiques. Pour sortir des emprunts les plus risqués et payer les pénalités de remboursement anticipé, la Cour des comptes a pourtant évalué que les hôpitaux devraient dépenser au moins 1,4 milliard d'euros. Autant de ressources financières mobilisées pour les banques et non pour la santé.

UNE RESTRUCTURATION DE L'ENDETTEMENT HORS DE PRIX ET INSUFFISANTE

En 2015, cependant, le gouvernement est forcé d'intervenir, en raison d'un événement qui, normalement, n'aurait jamais dû avoir d'impact sur la gestion hospitalière : la Banque centrale suisse a décidé début janvier 2015 de ne plus soutenir la parité du franc suisse face à l'euro et de laisser sa monnaie s'apprécier. Or, nombre d'hôpitaux ont contracté des emprunts indexés sur le franc suisse et n'ont pu les dénoncer. Leurs frais financiers explosent.

Dans la précipitation, le gouvernement décide de mettre en place un fonds de soutien pour aider les établissements à sortir de leurs emprunts à risque et restructurer leurs dettes. Mais celui-ci est beaucoup moins généreux que les mécanismes instaurés pour aider les collectivités locales piégées par les emprunts toxiques.

Le fonds est plafonné à 400 millions d'euros. L'assurance-maladie y contribue à hauteur de 75 millions. La SFIL (Société de financement local), héritière de Dexia, apporte 45 millions. Le reste (280 millions d'euros) est lié à l'instauration d'une taxe bancaire. Mais il est prévu que la charge pour les banques sera étalée dans le temps : elles doivent apporter 28 millions d'euros par an entre 2016 et 2025.

Ces aides sont consenties sous condition. Comme pour les collectivités locales, les hôpitaux doivent renoncer à toute poursuite judiciaire contre leurs créanciers pour pouvoir en bénéficier. Surtout, seuls les établissements hospitaliers qui ont moins de 100 millions de produit d'exploitation et ceux qui ont des emprunts en francs suisses peuvent en bénéficier. Tous les CHU et les grands établissements hospitaliers en sont exclus, le gouvernement jugeant qu'ils sont capables de se débrouiller par eux-mêmes. Ce qui plombe d'autant leurs comptes.

Une soixantaine de contrats de prêt hospitaliers ont pu être renégociés grâce à ce mécanisme d'aide. Les chiffres à eux seuls illustrent la nocivité de ces contrats, les pratiques usuraires des banques, la négligence, pour le moins, des autorités de tutelle et les surcoûts indus imposés par les banques aux hôpitaux publics qui ont contribué à la dégradation de leur situation. Les contrats renégociés représentaient un encours total de 299,8 millions d'euros.

Cela « a conduit à des indemnités de remboursement anticipé d'un montant de 609,5 millions d'euros, soit plus de deux fois supérieur à cet encours », pointe la Cour des comptes dans son rapport, qui s'indigne du coût élevé de ces renégociations, d'autant que le montant de l'aide était plafonné à 75 % des indemnités de remboursement anticipé. À côté du fonds d'aide, les banques créancières ont accepté de renoncer à une partie de leurs créances. Mais le reste a bien été laissé à la charge des hôpitaux.

Instituée comme la structure de défaillance de Dexia en faillite, la SFIL a été la première concernée par les prêts toxiques des hôpitaux. Sur un encours total de 6 milliards de prêts aux hôpitaux, ces derniers représentaient 1,25 milliard. La SFIL assure qu'aujourd'hui la quasi-totalité des prêts toxiques a été renégociée. Prenant le relais de Dexia, la structure continue de prêter au secteur public de la santé. Depuis 2013, elle a prêté au total 3,3 milliards d'euros à 280 hôpitaux. Les prêts à taux fixe sont en moyenne de 1,12 % sur dix-neuf ans.

Les chiffres manquent pour les dettes contractées auprès des autres établissements bancaires. Mais tout indique que la restructuration des dettes contractées par les établissements hospitaliers n'a donc été que partielle et hors de prix.

La reprise très limitée de la dette hospitalière par l'État n'apporte aucun remède et ne répond pas à l'urgence de la situation. L'effondrement du système de santé que tous constatent nécessite pour y remédier des moyens, une vision, un projet.

Le gouvernement préfère rester confiné dans sa politique de contrainte malthusienne, fermer les structures jugées trop coûteuses comme les maternités du Blanc (Indre) ou de Die (Drôme), condamner des services, supprimer des lits, accepter l'arrêt de services d'urgence. S'il n'y avait eu la révolte des soignants et des médecins, il aurait sans doute accepté de privatiser l'hôpital de Longué-Jumelles (Maine-et-Loire). Car c'est bien vers cette solution censée être inéluctable que tend la politique de la santé menée depuis quinze ans.

Le gouvernement s'en défend, assure qu'il n'a aucune arrière-pensée de la sorte. Toutes ses décisions s'inscrivent, assure-t-il, dans le souci d'économie des deniers publics, de réduction de la dette, de la bonne gestion. Il ne saurait faire mieux. Pourtant, alors qu'il se dit incapable de trouver plus de 200 millions d'euros pour les hôpitaux, il est capable au même moment d'annoncer la création d'un fonds d'investissement de 5 milliards d'euros, en partie financé par la BPI, filiale de la Caisse des dépôts, pour investir dans des entreprises du numérique. Mais il est vrai que ce n'est pas la même chose. Il s'agit de la « *start-up nation* » !.

ARTICLE 4

JURISPRUDENCES

➔ Refus de titularisation d'un agent stagiaire en congé de maladie

Publié le 26/11/2019 • Par La Gazette • dans : [Jurisprudence RH](#)

Radié des cadres, un agent social stagiaire a contesté les décisions ayant prolongé puis mis fin à son stage.

En l'espèce, le suivi administratif, dont il avait la charge, ainsi que l'organisation du projet de vie de la résidence où il travaillait et des activités manuelles, étaient insuffisants. Il a en outre fait preuve d'un manque d'investissement dans ses fonctions, de nombreux retards pouvant lui être reprochés ainsi qu'une défiance certaine envers ses supérieurs hiérarchiques. Dès lors, le président du centre communal d'action sociale (CCAS) de la commune a pu prolonger la durée de son stage.

De plus, durant la prolongation de son stage, l'intéressé a été constamment en arrêt de maladie. Cela n'a ainsi pas permis à l'administration de procéder à une nouvelle évaluation probante et, ainsi de modifier l'appréciation précédemment portée sur sa manière de servir, alors au demeurant que ses relations avec son employeur se sont dégradées durant cette période.

Ainsi, le CCAS a pu estimer que l'agent ne possédait pas, malgré la prolongation de son stage, les qualités nécessaires pour exercer ses fonctions, et refuser de le titulariser.

REFERENCES CAA de Douai, 10 octobre 2019, req. n°18DA00673.

➡ Retenue sur traitement : quid de l'agent non gréviste mais empêché d'accéder à son lieu de travail ?

Publié le 26/11/2019 • Par La Gazette • dans : [Toute l'actu RH](#)

Dans la mesure où, de son fait l'agent n'a pas effectué son service, l'administration est tenue de procéder à une retenue sur son traitement. S'il avait été empêché d'accéder à son lieu de travail par des collègues grévistes, c'était à lui d'en informer l'administration.

Employé au sein du service propreté d'une commune, un adjoint technique territorial s'est vu appliquer une retenue de 7/30ème sur son traitement pour service non fait pendant sept jours, tandis qu'un mouvement de grève des personnels communaux était alors en cours. Contestant cette retenue, il soutenait qu'il avait été empêché d'accéder à l'hôtel de ville en raison de ce mouvement social.

L'agent a alors saisi la juridiction administrative qui, en première instance, a accepté sa demande et annulé la retenue litigieuse. La commune employeur a alors fait appel de ce jugement, conduisant à la décision rendue par la Cour administrative d'appel de Paris.

Absence de service

La Cour a tout d'abord énoncé les règles applicables en la matière. S'appuyant à la fois sur l'article 20 de la loi du 13 juillet 1983 relative aux droits et obligations des fonctionnaires et sur l'article 87 de la loi du 26 janvier 1984 relative à la fonction publique territoriale, elle a indiqué que l'administration est tenue de suspendre, jusqu'à la reprise effective de son service par l'intéressé, le versement du traitement d'un fonctionnaire qui, de son fait, n'accomplit pas son service.

Autrement dit, dès lors que l'agent n'a pas, de son fait, accompli son service, la commune a l'obligation de suspendre son traitement pendant la durée d'absence de service fait correspondant. Restait à savoir si en l'espèce, l'absence de service fait reprochée à l'agent lui était imputable.

En l'occurrence, c'est en s'appuyant sur une feuille de pointage que la commune a procédé à la retenue litigieuse. Or, ayant ainsi constaté l'absence de service fait durant plusieurs journées, la commune était tenue, en l'absence de tout élément de nature à montrer que l'intéressé ne s'était pas, de son fait, abstenu d'accomplir son service, de procéder à une retenue sur son traitement.

Ce seul constat de l'absence de l'agent et l'absence d'élément contraire suffisaient. Ainsi, la commune n'avait pas à rechercher si l'intéressé avait ou non entendu participer au mouvement de grève alors en cours au sein des personnels communaux. S'il estimait avoir été empêché d'accéder à l'hôtel de ville par ses collègues grévistes, aucun élément du dossier ne l'établissait, lui-même n'ayant pas informé son administration d'une telle difficulté.

Mieux, son lieu de travail durant la période concernée n'était pas à l'hôtel de ville mais dans un atelier situé en périphérie du centre et un procès-verbal établi par la police municipale a même permis d'établir qu'il avait lui-même contribué au blocage de l'accès à l'hôtel de ville.

Dans ces conditions, la retenue sur traitement à laquelle a procédé la commune en raison de l'absence de service fait de l'agent, ainsi établie, n'est pas irrégulière, la cour annulant le jugement rendu en première instance.

REFERENCES CAA de Paris, 6 novembre 2019, req. n°17PA22592.