

## ÉDITORIAL

### Stratégie... vous avez dit stratégie,

L'évolution introduite par la loi hôpital, patients, santé et territoires dans la configuration le pilotage du système hospitalier change considérablement les équilibres antérieurs. Ces bouleversements concernent également le l'organisation et le fonctionnement interne des établissements de santé et notamment des établissements publics de santé. Une lecture rapide ou réductrice du nouveau dispositif pourrait amener à conclure hâtivement que la stratégie échapperait aux établissements notamment quant à leur positionnement territorial. Les dirigeants hospitaliers: directeurs, directoires et équipes de directions se verraient ainsi cantonnés à la déclinaison et la mise en oeuvre d'une stratégie décidée ailleurs - tout le monde comprendra au niveau de l'agence régionale de santé - et la conduite opérationnelle des fonctions de production dans les établissements. Au fond, aux trois niveaux existants dans le domaine du pilotage des établissements Hospitaliers : la stratégie, le management et la gestion opérationnelle, la fonction stratégique serait désormais assumée au niveau externe. Les établissements n'auraient plus de réelles initiatives et de liberté que dans le domaine du management et de la gestion opérationnelle.

La réalité est pourtant d'une autre nature, et sans avoir peur de manier le paradoxe, la place des fonctions stratégiques dans le métier de dirigeant hospitalier au sens large, associant notamment les médecins du directoire, tient une place plus importante que dans l'organisation antérieure. Simplement, le domaine d'intervention stratégique d'aujourd'hui n'est plus celui d'hier car le positionnement des établissements a considérablement évolué. Sur le plan de la stratégie l'établissement public de santé ne doit pas se concevoir «hors-sol», éloigné des réalités et des contraintes de son environnement. Son positionnement stratégique l'oblige à prendre compte sa place et son positionnement, les parts de marché qu'il détient, le rôle et le positionnement des autres acteurs ... Ainsi, l'analyse stratégique et sa mise en oeuvre opérationnelle au niveau de l'établissement doit se traduire directement par des alliances et des coopérations, des positionnements nouveaux et la mise en oeuvre de restructuration, voire d'abandon d'activité. Cette dernière question est centrale au regard de la couverture des besoins de la population en termes d'activité et de missions de service public. Là encore, la logique manichéenne «public-privé» n'a plus de sens au regard de la loi hôpital, patients, santé et territoire, dans la mesure où l'exécution des missions de service public est désormais contractualisée sur la base de l'analyse des propositions faites par les différents opérateurs. La dimension stratégique dans le pilotage et le management des établissements prend ici tout son sens. Au fond, la seule véritable dimension qui change dans la stratégie hospitalière reste peut-être en définitive la prise en compte par l'établissement public de santé de son environnement marquant l'évolution vers un hôpital non plus de structures mais de réseaux. Un beau défi stratégique à relever pour les dirigeants hospitaliers.

**Philippe Marin**

Directeur d'hôpital  
EHESP

## SOMMAIRE

### JURIDIQUE

Veille Réglementaire .....page 2

Jurisprudence

Refus de titularisation : quand le disciplinaire s'en mêle ! .....page 8

Dépassement des bornes horaires définies par les cycles de travail .....page 9

### PILOTAGE RH

Gestion des ressources humaines dans les établissements de santé : faut-il tout changer ?.....page 11

### MANAGEMENT

L'hôpital, acteur de santé... au travail .....page 18

Agenda

Parution

Bulletin d'abonnement....page 22

## VEILLE RÉGLEMENTAIRE

Hélène de Faverges  
 Directeur d'hôpital,  
 AP-HP

### STATUT PNM

- Rémunération
  - Indemnités journalières

**Circulaire DSS/SD2 n°2010-398 du 25 novembre 2010 relative à certaines modalités de calcul des indemnités journalières dues au titre de la maladie, de la maternité et des accidents du travail et maladies professionnelles**

A compter du 1er décembre 2010, le calcul des IJ se fait sur la base de 365 jours et non plus 360 comme auparavant. Lorsque le calcul se faisait sur la base de 1/90 des trois dernières paies, il se fera désormais sur la base de 1,9125. Tous les ratios sont modifiés pour coïncider précisément avec les 365 jours constituant l'année civile.

#### - Régime indemnitaire

**Décret n° 2011-46 du 11 janvier 2011 portant attribution d'une prime spéciale à certains personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière**

Ces dispositions sont applicables, à compter du 1er janvier 2011, aux agents appartenant au corps des infirmiers anesthésistes et aux infirmiers anesthésistes appartenant aux troisième et quatrième grades du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés. Suite au mouvement qui a touché cette profession dans le courant de l'année 2010, une revalorisation partielle - concernant seulement certains grades - a été accordée dans le cadre de la négociation, et de façon à valoriser la formation supplémentaire des intéressés, qui s'estimaient moins bien traités par la réglementation que les IDE optant pour le nouveau régime.

- Indemnisation de la perte d'emploi

**Circulaire DGEFP/DGAFP/DGCL/DGOS/Direction du budget du 21 février 2011 relative à l'indemnisation du chômage des agents du secteur public.**

La présente circulaire a pour objet de préciser les situations ouvrant droit à l'assurance chômage pour les agents publics civils afin de répondre aux difficultés relatives à l'adaptation de la réglementation du régime d'assurance chômage aux spécificités de la fonction publique.

En préalable, seule la perte involontaire d'emploi peut ouvrir droit au présent régime, excluant les abandons de poste ou démissions.

Le principe consiste à aligner les agents publics sur les salariés du secteur privé, mais selon le principe de l'auto-assurance, il appartient à la collectivité publique de prendre en charge l'indemnisation de la perte involontaire d'emploi (licenciement notamment) suite à une radiation ou à une non-réintégration faute de poste disponible. La note fait référence au refus de 3 propositions de l'employeur, ce qui élève un usage au rang de norme implicite. Dans la FPH, en cas de suppression de poste, l'employeur rémunère l'agent pendant 6 mois, durant lesquels le DARS doit proposer 3 emplois. L'indemnisation cesse quand l'agent a retrouvé un poste, ou s'il a refusé les 3 propositions, en tout état de cause au bout de 6 mois, ce qui induit une provision de charge de T1 ≤ 6 mois de traitement brut.

L'articulation de la loi (art. 5424-1, Code du Travail) et de la

jurisprudence (CAA Nantes, 27 mai 2005) conduit à adopter comme salaire de référence « *le traitement indiciaire majoré des versements accessoires constituant également une contrepartie de l'activité de service* »

En cas d'employeurs successifs, la circulaire prévoit la répartition de l'indemnisation entre les différents opérateurs, ainsi que l'articulation avec l'allocation de départ volontaire qui peut être demandée par l'agent public. Celui-ci bénéficie alors du maintien de ses droits à protection sociale.

Cette circulaire, très complète, offre un panorama exhaustif du régime de la perte d'emploi dans le secteur public, de son indemnisation et de ses conséquences.

#### • Politique de recrutement des personnels contractuels

**Arrêté du 3 janvier 2011 portant approbation de dispositions statutaires (application de l'article 13 [4°] du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers)**

La Fédération des spécialités médicales peut procéder au recrutement, par voie de détachement, de personnels relevant de la fonction publique et, en particulier, de la fonction publique hospitalière, dans la limite de un à cinq emplois, notamment en qualité de délégué général, de cadre de direction ou de responsable de projet.

Ce texte s'inscrit dans une actualité aigue relative au dossier des contractuels. Des négociations se tiennent entre le secrétaire d'Etat chargé de la fonction publique et les organisations syndicales, en vue de limiter la précarité des contractuels de droit public et de mieux spécifier les cas de recours au contrat dans

la fonction publique.

L'idée qui semble faire jour est de créer des concours réservés destinés à faciliter l'intégration des contractuels dans la fonction publique. Toutefois, il convient de ne pas créer de rupture d'égalité entre candidats. C'est pourquoi ces aménagements ne devraient concerner que les agents ayant bénéficié de contrats pendant au moins 6 ans sur les 8 dernières années, c'est-à-dire les contractuels bénéficiant, de fait ou de droit, d'un CDI. Dès lors, l'objet de cet aménagement présomptif est de régulariser des agents se trouvant peu ou prou dans une situation de pérennité statutaire.

Concernant le recours au contrat, deux cas sont envisagés. Pour le « tout venant », un contrat d'un an renouvelable une fois est prévu ; pour les contrats nécessitant des compétences spécialisées, une durée de 3 ans est envisagée.

#### • Cumul d'activité

**Décret n° 2011-82 du 20 janvier 2011 modifiant le décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat**

Tout en rappelant le principe selon lequel les agents publics doivent consacrer l'intégralité de leur temps de travail aux tâches qui leur sont confiées, ce décret assouplit les règles de cumul notamment par l'allongement de la liste des activités accessoires pouvant être autorisées aux agents publics. Les activités à caractère sportif ou culturel et les travaux de faible importance chez les particuliers sont ajoutés. Le décret modifie également les règles relatives au cumul pour reprise ou création d'entreprise.

Ce texte autorise le régime de

l'auto-entrepreneur (création ou reprise d'une entreprise industrielle, commerciale, artisanale ou agricole) et en prévoit un accès débonnaire, de façon à alléger la procédure devant la commission de déontologie en cas de création d'entreprise. Cette disposition a pour double effet de ne pas pénaliser la création d'entreprise, facteur de création d'emploi, et de privilégier la sortie de la fonction publique.

Le texte élargit la nature des activités visées aux activités sportives, d'encadrement et d'animation ainsi que de services à la personne et de vente de biens fabriqués par l'agent. Ces thématiques s'ajoutent à celles traditionnellement autorisées telles que l'enseignement, le conseil ou la production d'œuvres de l'esprit, de façon à faciliter le départ de la FPH. S'ensuit un régime facilité auprès de la commission de déontologie qui peut désormais rendre des avis tacites d'accord.

Ces textes, comme d'autres de la présente note de veille, marquent un souhait appuyé des pouvoirs publics de gommer les frontières entre statut et droit du travail, secteur privé et secteur public, et de faciliter les mobilités des uns aux autres.

### • Positions du fonctionnaire

#### **Décret n° 2011-67 du 18 janvier 2011 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers et à certaines modalités de mise à disposition**

Ce texte introduit dans la fonction publique hospitalière les innovations de la loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique. Ces dispositions, qui visent à faciliter l'intégration

des agents dans un nouveau corps à l'issue d'une mise à disposition ou d'un détachement, prévoient notamment la prise en compte des avancements dans l'emploi d'accueil lors de la réintégration dans le corps d'origine.

L'objet de ce texte est de fluidifier le passage d'une fonction publique à l'autre, notamment en gommant les disparités financières qui peuvent être un frein de fait aux mouvements. Les positions du fonctionnaire sont ainsi impactées :

- Mise à disposition : l'intégration à l'issue de 3 ans de MAD doit se faire à un niveau statutaire comparable à celui d'origine, quitte à ce que la convention de MAD prévoit une compensation pécuniaire.
- Des mécanismes de compensation financière sont prévus en cas de détachement, comme l'intégration dans un grade correspondant à un indice immédiatement supérieur à celui du corps d'origine. En cas de détachement de longue durée, une intégration doit obligatoirement être proposée au fonctionnaire à l'issue d'une période de 5 ans.
- L'intégration directe est désormais possible, sous des conditions assez restrictives toutefois.
- La disponibilité d'office à l'issue de l'épuisement des droits à congé maladie ne peut intervenir que s'il est démontré qu'aucune possibilité de reclassement n'a pu être trouvée. Cette position est prononcée pour un an renouvelable 2 fois, soit 3 ans au total.
- La disponibilité sur demande est désormais accordée sans limitation de durée, alors qu'elle était jusqu'à présent limitée à 2 renouvellements en

vue de donner des soins à un proche. Cependant, la perte de salaire et d'ancienneté risque d'être un frein de fait à l'usage prolongé de ce droit.

Enfin, les mentions relatives aux quotas d'agents pouvant faire l'objet d'un détachement, d'une MAD ou d'une disponibilité sont supprimées, l'idée de fond étant de faciliter la mobilité des fonctionnaires.

- Concours

**Arrêté du 28 janvier 2011 modifiant les arrêtés du 26 juillet 1991 fixant la composition des jurys prévus respectivement aux articles 4 et 6 du décret n° 90-949 du 26 octobre 1990 portant statut particulier des directeurs d'école de sages-femmes de la fonction publique hospitalière et à l'article 3 du décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière**

Le texte simplifie et réduit la composition des jurys, facilitant ainsi l'organisation de ces concours. Concernant les psychologues, notamment, le nombre de « personnes qualifiées » est réduit.

- Professions paramédicales

**Arrêté du 19 janvier 2011 modifiant l'arrêté du 30 décembre 1975 relatif aux conditions de fonctionnement et d'agrément des centres de formation au diplôme d'Etat de psycho-rééducateur**

Ce texte institue le terme de « psychomotricien » en lieu et place des « psycho-rééducateurs » et soumet les instituts de formation en psychomotricité à l'autorité du DARS, qui doit les autoriser spécialement pour qu'ils puissent délivrer un diplôme reconnu d'Etat. Le DARS exerce également la

tutelle administrative. La tutelle pédagogique est exercée par des médecins chefs de services et/ou enseignants (PU ou MCU-PH) psychiatres et rééducateurs.

**Décret n° 2011-139 du 1er février 2011 relatif aux professions de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées**

**Arrêté du 1er février 2011 relatif aux professions de prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées**

Ce décret présente notamment les conditions d'autorisation délivrée par les préfets de département pour l'exercice des professions d'orthoprothésiste, de podo-orthésiste, d'oculariste, d'épithésiste ou d'orthopédiste-orthésiste des ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

## STATUT PM

- Cumul d'emploi

Note de l'Ordre des médecins en date du 5 janvier 2011 relative aux activités privées effectuées par les médecins hospitaliers simultanément ou postérieurement à leur activité publique

L'Ordre des médecins a publié sur son site internet une note relative « aux activités privées effectuées par les médecins hospitaliers simultanément ou postérieurement à leur activité publique ». Ce document de synthèse présente l'évolution des pratiques sur ce sujet depuis la parution de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi « HPST ». Cette note, sans être exhaustive, s'attache à faire le point sur les situations suivantes :

le cumul d'activités des médecins titulaires ou contractuels employés à temps plein, qui entendent effectuer une activité libérale privée ou salariée. Il peut s'agir :

- d'expertises ou de consultations auprès d'une entreprise ou d'un organisme privé ;
- d'enseignement ou de formation ;
- d'activités d'intérêt général auprès d'une personne publique ou d'une personne privée à but non lucratif ;
- d'une mission d'intérêt public de coopération internationale ou auprès d'organismes d'intérêt général à caractère international ou d'un Etat étranger.

Ces activités accessoires sont soumises à une autorisation qui doit être demandée au directeur de l'hôpital, accompagnée de tous les éléments lui permettant d'apprécier la compatibilité de la mission envisagée avec l'emploi public occupé. Le présent texte s'interroge sur l'autorité compétence : l'autorité investie du pouvoir de nomination est en effet le CNG, mais le directeur, garant de l'organisation des soins, est à même d'apprécier la compatibilité de la demande avec la contrainte professionnelle, et il semble conforme à l'esprit d'HPST qu'il soit destinataire de cette demande. La note précise une décision implicite d'accord liée au silence d'un mois à réception de la demande.

L'activité doit impérativement être effectuée en dehors des heures de service, ce qui semble en exclure de facto les PH temps plein, puisque cela aurait pour effet de leur faire dépasser la durée légale du travail. L'ordre des médecins s'insurge contre le caractère restrictif de cette mesure.

La note explicite la position de mise en disponibilité des praticiens hospitaliers à temps plein ; le décret 2010-1141 du 29 septembre 2010 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers permet désormais aux médecins hospitaliers en disponibilité d'exercer une activité privée à but lucratif, sous réserve de l'avis de la commission de déontologie, notamment si l'activité envisagée empiète sur le périmètre des fonctions antérieures. De façon générale, la commission de déontologie se montre libérale dans son appréciation des compatibilités.

Enfin, la note examine le cas de la démission des praticiens hospitaliers à temps plein. Le décret d'application du 30 septembre 2010 dispose en son article 9 (art. 6152-97 CSP) :

*« Les praticiens hospitaliers peuvent présenter leur démission au directeur général du Centre national de gestion, en respectant un délai de préavis de trois mois. Dans un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du praticien, le directeur général du Centre national de gestion notifie sa décision au praticien. Il peut demander au praticien démissionnaire d'assurer ses fonctions pendant la durée nécessaire à son remplacement sans que cette durée puisse excéder six mois à compter de la date de réception par le Centre national de gestion de la demande du praticien. »* Le directeur de l'hôpital, via le directeur du CNG, peut donc imposer un délai au praticien. Cette prérogative reste néanmoins assez illusoire, dans la mesure où en démissionnant, le praticien renonce à l'ensemble de ses droits dans le secteur public. On observe toutefois un rapprochement du statut public

avec le code du travail, d'un part, et du statut des PM avec celui des PNM.

#### • Troisième cycle des études médicales

#### **Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales**

Ce texte, qui complète le décret du 25 juin 2010 pris en application de la loi HPST, et s'inscrit dans la réforme de fond L/M/D (directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil de l'UE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles) présente les modalités selon lesquelles le directeur général de l'agence régionale de santé agréée les lieux de stage et les praticiens-maîtres de stage. Sont également précisés l'organisation, le déroulement et la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales, notamment s'agissant de la répartition des postes et de l'affectation des internes, ainsi que les conditions de changement de préchoix de spécialité.

Les services demandant l'agrément doivent adresser un dossier de candidature au DARS précisant notamment le nombre d'internes pouvant être accueillis ; l'agrément peut être fourni « sans réserve » pour 5 ans ou « avec réserves » pour 1 an.

Cet arrêté prévoit un assez étrange « droit au remord » : Il est désormais possible pour un interne de demander un changement de son pré-choix de spécialité, effectué à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN), avant la fin de son quatrième semestre d'internat validé, dans la mesure où son rang initial de classement l'a situé, dans

la discipline souhaitée, à un rang au moins égal à celui du dernier candidat issu des mêmes ECN et affecté dans cette spécialité au niveau de la subdivision (voir note FEHAP sur le sujet).

Deux commissions sont chargées d'appuyer l'ARS dans cette mission d'encadrement des études médicales : La commission d'évaluation des besoins de formation donne un avis au DARS sur le nombre minimum de postes à ouvrir, chaque semestre, par spécialité et vérifie la conformité des terrains de stage avec les objectifs de formation. La commission de subdivision donne son avis la répartition des terrains de stages agréés et sur l'agrément des lieux de stages, en siégeant respectivement selon une formation « répartition » et une formation « agrément ».

#### MÉTIER(S)

Le député Laurent Hénard a remis le 2 février 2011 à X. Bertrand, N. Berra et V. Péresse un rapport évaluant les besoins en nouveaux métiers de santé, et reposant sur 4 piliers :

- La mise en place d'une politique modernisée de ressources humaines en santé.
- La création de professions de santé de niveau intermédiaire.
- Un système rigoureux de validation.
- L'intégration des formations à l'enseignement supérieur.

Le rapport souligne le cloisonnement des métiers de santé et leur mode de rémunération rigide. Toutefois, le modèle de financement de la santé, et notamment la T2A pour le MCO, induit une forte pression sur les coûts qui empêche de concevoir plus libéralement la rémunération des professionnels hospitaliers.

Les auteurs considèrent que la loi HPST, en son article 51 relatif aux coopérations entre professionnels de santé, ouvre la voie à un décloisonnement favorable à l'émergence de nouveaux métiers, compétences et qualifications élargies. Ce mouvement spontané devrait être accompagné d'une politique de formation et de reconnaissance volontariste.

Sur le modèle des sages-femmes, profession médicale à compétence définie – restreignant les actes qu'elles sont autorisées à effectuer comme les spécialités qu'elles sont habilitées à prescrire – le rapport s'interroge sur la possibilité de créer un statut de « **paramédical praticien** » destiné à intervenir en relais du médecin sur la base d'une compétence définie. Ce « paramédical praticien » trouvera sa légitimité dans un parcours professionnel valorisé et une rémunération adaptée. Cette notion n'est pas absolument nouvelle, puisque depuis longtemps il est envisagé de pallier la démographie médicale défaillante dans certaines spécialités en permettant à des paramédicaux expérimentés de monter en charge (par exemple, permettre aux opticiens d'effectuer des contrôles de vision). On peut s'interroger, comme pour la VAE, quant aux glissements de tâche tout à fait préjudiciables qui ont permis d'acquérir ce parcours professionnel lui permettant de prétendre au statut de « paramédical praticien ».

L'intérêt de ce dispositif est aussi de réduire les coûts : l'intervention d'un médecin pour des actes simples induit un surcoût ou une mauvaise allocation de moyens coûteux. Faire effectuer ces gestes par un professionnel moins qualifié et moins rémunéré, à condition que la qualité des soins et la sécurité des patients ne soit pas altérées, est à l'évidence une mesure pertinente d'un point

de vue médico-économique. Parmi les pistes envisagées, le rapport mentionne le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les pathologies du vieillissement ou les pathologies dont la prise en charge est très codifiée (patients transplantés, pathologies cancéreuses par exemple). Ce système, déjà adopté par certains pays anglo-saxons, est une manière de donner un relief supérieur aux spécialisations identifiées par le répertoire des métiers et qui ne bénéficient d'aucune rémunération particulière

En termes de formation, le rapport considère que le niveau L/M/D est pertinent, le paramédical praticien étant reconnu au niveau master voire master 2. Ces propositions risquent de réveiller la rancœur des IADE, qui revendiquent une reconnaissance master pour une formation allongée et des responsabilités et compétences élargies. Elles risquent également d'induire un surcoût considérable pour les budgets publics, qui ne paraissent guère compatibles avec les objectifs de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. ■

**NOUVEAU !**

## Droit budgétaire et financier des établissements publics de santé

**Olivier Bossard,**

Directeur du Pôle Hospitalier Mutualiste  
Jules Verne à Nantes, ancien directeur financier  
des CHU de Tours et Poitiers.

Une présentation actualisée et opérationnelle des textes applicables pour gérer avec fiabilité toute la procédure budgétaire, le suivi de l'exercice, l'élaboration de l'EPRD, les opérations financières et le rôle de chaque intervenant.

Edition à jour du décret du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé.

Un guide pour répondre à toutes les questions qui se posent aux dirigeants administratifs et financiers des hôpitaux :

- Quelles sont les prestations hospitalières prise en charge par l'assurance maladie ?
- Quelle est la liste des Missions d'Intérêt Général ?
- Quelles sont les compétences respectives du Conseil de surveillance, du directoire et du directeur dans l'élaboration de l'EPRD ?
- Quel est le contenu du compte de résultat principal ?
- Comment se calcule la CAF ?
- Quels sont les comptes composant le tableau de financement ?
- Quelles règles pour l'établissement d'une provision ?
- Quelles sont les étapes de la procédure budgétaire entre l'Agence et l'établissement ?
- Quelles sont les règles du compte administratif retraité ?



**INFODIUM**  
EDITIONS

[www.infodium.fr](http://www.infodium.fr)

### BON DE COMMANDE

A retourner à Infodium, 41, rue Ramey, 75018 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60



	HT	TTC
<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> , Je commande ..... exemplaire(s) du livre « <i>Droit budgétaire et financier des établissements publics de santé</i> » d'Olivier Bossard (ISBN 978-2-9535550-1-1) TVA : 5.5 %	54,98	58,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 19.6 %	5,02	6,00
<b>Total</b>		

Mme,  Mlle,  M.

Nom : ..... Prénom : .....

Établissement : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Cachet / Signature

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'**INFODIUM**.

Je recevrai une facture justificative.

A réception de facture (avec RIB)

**INFODIUM**  
EDITIONS

41, rue Ramey 75018 Paris  
Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60  
courriel : [contact@infodium.fr](mailto:contact@infodium.fr)

SIRH26

## JURISPRUDENCE

**Jaques Bazin**  
 Avocat associé  
 Molas & Associés

## STAGE

### REFUS DE TITULARISATION : QUAND LE DISCIPLINAIRE S'EN MÊLE !

**Lorsqu'un refus de titularisation repose à la fois sur l'insuffisance professionnelle de l'agent et des fautes disciplinaires, il faut respecter la règle de la communication du dossier**

CAA Bordeaux 11 janvier 2011  
 Commune de ROURA req. n°  
 10BX01539

*Considérant qu'un agent public ayant, à la suite de son recrutement, la qualité de stagiaire se trouve dans une situation probatoire et provisoire ; qu'il en résulte qu'alors même que la décision de ne pas le titulariser en fin de stage est fondée sur l'appréciation portée par l'autorité compétente sur son aptitude à exercer les fonctions auxquelles il peut être appelé et, de manière générale, sur sa manière de servir, et se trouve ainsi prise en considération de sa personne, elle n'est pas – sauf à revêtir le caractère d'une mesure disciplinaire – au nombre des mesures qui ne peuvent légalement intervenir sans que l'intéressé ait été mis à même de faire valoir ses observations ou de prendre connaissance de son dossier, et n'est soumise qu'aux formes et procédures expressément prévues par les lois et les règlements ;*

*Considérant que si l'arrêté en date du 15 décembre 2006 par lequel le maire de Roura a refusé de titulariser Mme X et a prononcé son licenciement pour insuffisance professionnelle se fonde sur un ensemble de carences de l'agent relatives à sa capacité d'effectuer les tâches confiées, sur l'insuffisance des soins apportés à l'exécution de son travail ainsi que sur des éléments de*

*comportement tels qu'une incapacité à travailler en équipe et des relations difficiles avec la hiérarchie et avec les autres agents, qui établissent l'existence d'une insuffisance professionnelle, certains motifs que cet arrêté énonce tels que les refus d'obéissance et une attitude rebelle et désinvolte évoquent des faits précis de nature disciplinaire ; qu'ainsi l'arrêté litigieux a été pris non seulement pour des motifs tirés de l'insuffisance professionnelle mais aussi pour des motifs d'ordre disciplinaire ; que, par suite, la mesure dont s'agit ne repose pas exclusivement sur l'insuffisance professionnelle du stagiaire et ne pouvait légalement intervenir sans qu'au préalable, Mme X ait été mise à même de prendre connaissance de son dossier ».*

Par deux arrêts remarquables, les cours administratives d'appel de Nancy et de Bordeaux avaient, les 16 mai et 19 décembre 2002, jugé que la règle de la communication du dossier était applicable aux refus de titularisation, même dépourvus de tout caractère disciplinaire.

Il s'agissait pour ces deux juridictions de contrecarrer la jurisprudence traditionnelle du Conseil d'Etat sur cette question (CE 16 mars 1979 Ministre du travail c/ Stephan Rec. 120).

Par deux arrêts tout aussi remarquables, le Conseil d'Etat a très clairement censuré ces initiatives jurisprudentielles, réaffirmant que les décisions portant refus de titularisation des stagiaires, lorsqu'elles reposent sur l'aptitude professionnelle des intéressés, peuvent être prises sans qu'il y ait lieu de respecter une procédure contradictoire ; seule la consultation de la CAP est nécessaire. Le Conseil d'Etat

réserveait cependant l'hypothèse où le refus de titularisation serait motivé exclusivement par un ou plusieurs motifs disciplinaires (CE 3 décembre 2003 Syndicat intercommunal de restauration collective et CE 3 décembre 2003 Mansuy AJDA 12/1/2004 concl. Guyomar).

Toutefois, dans la "vraie vie", les dossiers font souvent ressortir des situations plus complexes, l'insuffisance professionnelle se mêlant ou générant des fautes disciplinaires (refus d'obéissance, retard, absence non justifiée, manque de respect, insultes, ...).

Habituellement, le juge administratif se sort de cette difficulté en considérant "que la circonstance que certains de ces faits seraient susceptibles de constituer des fautes de nature à justifier l'application de sanctions disciplinaires n'est pas, par elle-même, de nature à faire regarder cette décision comme présentant un caractère disciplinaire, dès lors que ces faits révèlent, de la part de l'intéressé, une insuffisance professionnelle" (CAA Lyon 30 septembre 2008 M. Hubert X... req. n° 06LY00797).

La position adoptée par la Cour administrative d'appel de Bordeaux ne s'inscrit nullement dans cette démarche "globale" et revient à réduire très sensiblement la portée des arrêts du Conseil d'Etat du 3 décembre 2003.

En effet, la Cour semble considérer, à l'issue d'une démarche prenant en compte isolément chacun des griefs retenus par l'autorité compétente, que la seule circonstance que l'administration ait retenu des faits qui soient susceptibles de constituer des fautes suffit à l'obliger à organiser une procédure contradictoire.

La portée de cette jurisprudence n'est donc pas mince, dès lors encore une fois que l'insuffisance professionnelle se mêle

très souvent avec des fautes disciplinaires, lorsqu'elle ne les génère pas.

### HEURES SUPPLÉMENTAIRES

#### DÉPASSEMENT DES BORNES HORAIRES DÉFINIES PAR LES CYCLES DE TRAVAIL

**Un fonctionnaire qui accomplit des heures supplémentaires au-delà des plafonds fixés par le décret du 4 janvier 2002 ne peut obtenir, ni IHTS, ni repos compensateur**

**CE 23 décembre 2010 Mme Elisabeth X req. n° 331068**

*Considérant qu'en application de l'article 1er du décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de santé mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986, la durée du travail est fixée à 35 heures par semaine dans ces établissements, que toutefois, aux termes de l'article 15 de ce même décret : « Lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail dans la limite de dix heures par mois et par agent./ Par dérogation à l'alinéa précédent, cette limite est fixée à 20 heures par mois et par agent jusqu'au 31 décembre 2004 et à 15 heures par mois par agent jusqu'au 31 décembre 2005./ Les heures supplémentaires font l'objet, dans des conditions fixées par décret, soit d'une compensation horaire donnant lieu à une récupération au moins d'égale durée soit d'une indemnisation » ; que, par application de ces dispositions, le décret du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires, tout en réitérant le principe du plafonnement mensuel des heures supplémentaires, a précisé les modalités de calcul et de paiement de l'indemnité à laquelle elles ouvrent droit ;*

*Considérant que, saisi par Mme A d'une*

*demande d'annulation de la décision du 15 avril 2003 par laquelle le directeur du centre hospitalier de Versailles lui avait le paiement d'heures supplémentaires effectuées au cours de l'année 2002, le tribunal administratif de Paris a (...) estimé que les heures supplémentaires en litige ayant été effectuées au-delà du contingent de 20 heures mensuelles, elles ne pouvaient, en application des dispositions du décret du 25 avril 2002, donner lieu qu'à une compensation sous forme de repos compensateur ;*

***Considérant qu'il résulte des dispositions rappelées ci-dessus de l'article 15 du décret du 4 janvier 2002 que les heures supplémentaires effectuées dans les établissements de santé ne peuvent être compensées sous la forme d'un repos compensateur ou d'une indemnisation que dans la limite d'un contingent, lequel était fixé, jusqu'au 31 décembre 2004, à vingt heures par mois ; qu'il suit de là que les heures supplémentaires qui auraient été le cas échéant effectuées, au cours de cette période, au-delà de ce plafond ne pouvaient donner lieu à aucune compensation statutaire, ni sous la forme d'indemnités, ni sous la forme de repos compensateur (...)***  
***[rejet de la requête de Mme X]***

L'article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 autorise les établissements de santé, lorsque les besoins du service l'exige, à demander à leur personnel d'effectuer des heures supplémentaires en sus des cycles de travail mis en place, défini les « plafonds » des heures supplémentaires qu'il est ainsi possible d'exiger des agents et renvoie à un autre décret pour fixer les modalités de compensation (repos compensateur ou indemnisation) des dites heures (décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux IHTS).

Si cet article a été modifié à deux reprises depuis, par les décrets n° 2003-505 du 11 juin 2003 et 2007-826 du 11 mai 2007, ces règles générales sont toujours en vigueur, seuls les plafonds d'heures

supplémentaires ayant évolué.

D'où l'intérêt de la décision reproduite ci-dessus.

Effectivement, par cette dernière, le Conseil d'Etat a tranché la question de savoir si un agent qui, à la demande de son établissement, effectue des heures supplémentaires en sus des plafonds prévus par l'article 15 du décret du 4 janvier 2002 peut malgré tout en demander l'indemnisation ou la compensation.

Le Tribunal administratif avait estimé que dans la mesure où le plafond avait été atteint, aucune indemnité ne pouvait être versée à l'agent mais qu'il avait droit à un repos compensateur ; tout en relevant, dans le cas d'espèce, que l'agent ne l'ayant pas sollicité, il ne pouvait lui être accordé.

La Haute-Assemblée est plus sévère pour les agents, dans la mesure où elle considère qu'en application des dispositions de l'article 15 du décret du 4 janvier 2002, l'agent ne peut prétendre ni à des indemnités supplémentaires, ni à des repos compensateurs complémentaires, alors même qu'il n'est pas contesté que les heures supplémentaires ont été effectuées par les agents au-delà des plafonds qu'il prévoit, et ce à la demande de l'établissement.

Il convient cependant de préciser que cette décision ne doit pas, à notre sens, être comprise comme une « porte ouverte » à tous les dépassements horaires, sans aucune limite.

Seulement, l'agent concerné ne devra pas demander le versement d'indemnités qui ne peuvent lui être versées en application de la règle « pas d'indemnités sans texte » qui ressort de l'article 20 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, ou de repos compensateur qu'aucun texte ne prévoit.

Il devra engager la responsabilité de l'établissement en prouvant la faute commise par ce dernier (ex. : caractère systématique des dépassements, contestation de la réalité des « besoins du service » invoqué, ...). ■

# GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : FAUT-IL TOUT CHANGER ?

« VU DU FOND DU Puits, LE CIEL EST BIEN PETIT » PROVERBE CHINOIS

**Richard Barthès**  
Directeur d'hôpital  
CHU de Toulouse

Quand tout change tout le temps, il n'est plus question de changement mais d'un nouvel ordre des choses. Les grands piliers de la gestion des ressources humaines (GRH) « de l'ancien ordre » ont disparu ou s'effondrent progressivement : les missions de service public exercées exclusivement par des agents publics, le statut de la fonction publique et la carrière du fonctionnaire, la prépondérance des outils de gestion administrative des personnels (règles de déroulement des carrières, appréciation des agents via la notation, recrutement par concours...)

Indispensables hier et sans doute encore aujourd'hui, ces grands piliers ne sont plus suffisants pour soutenir les défis que nous lance ce nouvel ordre des choses : comment agir dans des marchés du travail en tensions fortes sur certains métiers ou compétences rares, comment les attirer et les garder, rémunérer les compétences, sécuriser les prises de poste, assurer les transferts de compétences, organiser et planifier le travail pour, répondre à la fois aux exigences nouvelles des clients/patients/acteurs de soins, mais aussi à celles des offreurs de travail, particulièrement volatiles dans un environnement qui pour le moment leur est favorable.

A ces évolutions sociologiques et presque culturelles, se greffe la question de la gouvernance qui chamboule tout ou presque. Le management dans une organisation en pôle se transforme progressivement et profondément, détourne le processus de décision traditionnel et détermine davantage « un système décisionnel » plus

complexe qu'il n'y paraît à la simple lecture des textes <sup>(1)</sup>

Autant de questionnements et d'incertitudes qui interpellent la fonction ressources humaines (RH) et par la même les acteurs RH de nos établissements de santé. A la lumière de ces évolutions, de ces attitudes et de ces positionnements, changer la place et l'organisation de la fonction RH, c'est aussi s'appuyer sur quelques fondamentaux ou principes d'action, aujourd'hui reconnus dans tous les secteurs d'activité.

## Une gestion des ressources humaines dont les finalités sont clairement établies

Depuis l'école des ressources humaines, nait aux Etats Unies dans les années 20 et l'expérience renversante pour l'époque de la « Western Electric » <sup>(2)</sup>, on sait que la gestion des ressources humaines est une variable majeure de la performance des organisations. Au delà

(1) Management RH  
« L'organisation en pôle change tout ou presque » Les cahiers de la fonction publique  
Avril 2010

(2) Elton Mayo et « l'effet Hawthorne » : étude menée de 1927 à 1932 à l'usine Western Electric de Cicero Etats Unies

des aspects moraux et éthiques, la qualité du management des hommes influe directement sur la qualité de la production et génère l'efficacité économique. Le raisonnement de base est d'ailleurs ultra simpliste, plus les personnels vont trouver dans l'organisation qui les emploie, des conditions favorables, qu'elles soient factuelles et liées au poste de travail (rémunérations, conditions de travail...) mais aussi psycho sociologiques et liés au mode de management (reconnaissance, valorisation, épanouissement professionnel...) plus ils vont être productifs et s'engager dans l'entreprise.

Dés lors, la problématique de tout dirigeant clairvoyant se résume à l'axiome suivant : le meilleur moyen de faire grandir l'organisation est de faire concomitamment voire préalablement grandir les personnels

### **Une gestion des ressources humaines totalement intégrée à la stratégie d'établissement**

Pendant longtemps, la gestion des personnels a été conçue, vécue et appréhendée par la majorité des acteurs hospitaliers comme une fonction quasiment indépendante ou en tout cas peu ou pas reliée à la stratégie d'établissement. Le statut de la fonction publique a souvent été utilisé dans un cadre de gestion administrative et non de gestion des ressources humaines, privilégiant les principes d'ancienneté, d'égalité de traitement, d'arbitrage institutionnel et non managérial. Les autres pratiques RH étaient dans la même approche : recrutement sur concours, formation récompense ou évaluation des besoins individuels, notation administrative...

Le nouvel ordre en cours de structuration dans le monde de la santé fait exploser

tous ces principes, et les personnels ne sont d'ailleurs pas les derniers à réclamer de nouveaux modes de management. Les équipes dirigeantes prennent conscience progressivement du formidable levier que constitue la gestion des ressources humaines dans un établissement pour la réussite de ses projets et de sa stratégie. Intégrer la dimension RH à la stratégie d'établissement ne passe pas uniquement par le fait de savoir s'il faut que le DRH soit membre du directoire (la présence dans une instance n'est finalement qu'un indicateur de positionnement institutionnel sans toujours de lien avec la vraie vie) mais bien de savoir si la fonction RH est dans la boucle de décision, de préparation et de mise en œuvre de tous les projets structurants pour l'établissement.. Très simplement, une GRH stratégique est une GRH en capacité de décliner en politiques, processus et plan d'action RH, tous les projets stratégiques de l'établissement.

### **Une gestion des ressources humaines anticipatrice et proactive**

Conséquence directe du précédent principe, la gestion des ressources humaines gagne en crédibilité et surtout en efficacité chaque fois qu'elle anticipe, prévoit, prépare les évolutions et les changements. L'anticipation permet la réflexion, la définition de scénarios, d'options, l'approfondissement de certains points, la sensibilisation progressive à la thématique des personnels, de leurs représentants, de l'encadrement, la définition d'un mode projet avec calendrier, étapes, concertations associées.

Pour cela, les acteurs des ressources humaines doivent être au cœur du processus de décision institutionnel pour capter en avant première,

les évolutions et les inflexions stratégiques, les conséquences qu'elles ont sur la gestion des ressources humaines et les plans d'action à mener.

### **Une gestion des ressources humaines plus distinctive dans ses modes de management**

Les ressources humaines, notamment dans les secteurs à haute valeur ajoutée comme le secteur de la santé, sont et seront de plus en plus rares et coûteuses. Dans les établissements de santé, en dehors des métiers médicaux, moins de 10 métiers portent « la valeur ajoutée » notamment dans les secteurs cliniques ou médico-techniques. Cela revient à porter un regard plus aigu sur la gestion de ces métiers, qu'il faut probablement gérer comme des métiers et des compétences sensibles. En effet, leur permanence et leur disponibilité déterminent souvent la pérennité des activités médicales. Combien de services ou d'unité de soins, y compris dans les très gros établissements n'ont pas à un moment ou un autre du réduire ou fermer provisoirement une activité en raison d'une absence d'infirmière ou de manipulateur radio ?

Dans le même esprit, les établissements de santé recèlent quelques secteurs, plus ou moins importants en fonction de leur taille (et notamment imagerie, biologie, certaines disciplines médicales très spécialisées...), dans lequel s'identifie des métiers et des compétences véritablement critiques. Le titulaire n'est pas là ou plus là, l'activité s'arrête avec toutes les conséquences associées (perte de recettes, affaiblissement de la notoriété, dysfonctionnement en cascade sur d'autres activités...)

Cela revient à considérer désormais que les modes de gestion voire de management doivent être distinctifs au regard de la criticité des métiers et des enjeux qu'ils représentent pour l'organisation. Ce n'est pas un petit sujet dans un monde hospitalier construit historiquement sur le statut, l'égalité de traitement de tous les personnels, la prime à l'ancienneté sur la compétence détenue...

### **Une gestion des ressources humaines davantage partagée**

Rien ne devrait être plus partagé dans une organisation que la gestion des ressources humaines. La fonction RH est par nature transverse et impacte tous ceux qui agissent dans le domaine du management, opérationnel ou de projet. Sur ce constat, la question est désormais de savoir comment s'organise ce partage pour qu'il ait du sens et soit efficace et opérationnel. C'est sans doute dans l'approche métiers compétences qu'il faut chercher la réponse à cette question, en identifiant précisément métier par métier, les contributions des uns et des autres à la fonction RH au travers du recensement des activités concernées. Pour prendre un exemple dans le domaine de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, les personnages clés dans ces démarches sont les cadres opérationnels au contact des problématiques à résoudre et non la direction des ressources humaines, qui est plutôt sur ce sujet en soutien et en appui méthodologique.

La nouvelle gouvernance issue de la loi HPST en redistribuant les cartes du management entre l'encadrement de pôle et les directions centrales, est une

formidable opportunité d'organiser ce principe de subsidiarité et de redéfinir l'attendu de chacun en matière de GRH. La contribution d'un cadre de proximité ne sera pas la même qu'un chef de projet, un directeur des ressources humaines ou un chef de pôle même s'ils participent chacun à la fonction RH. C'est souvent en termes de niveau de compétence à mettre en œuvre que la distinction se fera et que devra se décliner les montées en compétences RH par métier et surtout par niveau de management.

### **Une gestion des ressources humaines professionnalisée**

Au sein des directions des ressources humaines, la répartition actuelle des personnels entre les activités consacrées à la gestion administrative et celles consacrées au développement RH se fait très clairement au détriment de la seconde fonction, avec le plus souvent et dans le meilleur des cas, 80 % des effectifs consacrés à la gestion administrative et 20% au développement RH. Ce puissant ancrage administratif se retrouve y compris dans le portefeuille de compétences, souvent très pointu sur la partie administrative, et réduit parfois à la simple thématique Formation sur la partie développement RH. Toutes les organisations modernes et soumises aux évolutions fortes de l'environnement, ont fait un choix quantitatif et qualitatif en faveur des activités de développement RH. C'est en fait sur ce champ que va se jouer le plus souvent la réussite ou l'échec des stratégies de restructurations, mais aussi de déploiements de nouvelles activités. Pour mener à bien, ces nouvelles

stratégies, la professionnalisation des équipes RH passe par des renforcements majeurs en compétences et sur toutes les pratiques RH : management, évaluation des personnels, recrutement, gestion des compétences, notamment critiques, communication interne, organisation et conditions du travail... La qualification et la formation sont à croiser avec l'expérience de terrain et les apports de concepts via des parcours universitaires types DU, Certificat RH ou Master RH.

Dans le même temps, le profil des DRH « post polaires » est à compléter avec un volet important d'accompagnement des projets de pôle de plus en plus restructurants et dans lesquels, la dimension RH est souvent la plus délicate à intégrer.

### **Une gestion des ressources humaines aux valeurs et au leadership affirmés**

Sans tomber dans un politiquement correct trop souvent de mise aujourd'hui, la fonction RH doit s'appuyer sur un corps de valeurs professionnelles et une éthique personnelle forgée ou à forger au fil du temps. C'est souvent la confrontation avec des situations problématiques qui détermine progressivement une base de « convictions de références » dans lequel chacun puise l'énergie et la force d'avancer (conflits, gestion de projet complexe, interrogations personnelles sur le phénomène de double loyauté, difficultés rencontrées au sein d'une équipe de direction...) L'analyse de pratiques, le retour d'expérience, le benchmark RH, la confrontation et l'échange produisent progressivement une

posture professionnelle (être en capacité de répondre de ses décisions et de ses choix) en accord avec ses valeurs personnelles (et accessoirement pouvoir dormir la nuit), surtout si elles s'appuient sur une connaissance approfondie des concepts et des théories en œuvre dans le domaine RH.

S'agissant de politiques complexes à conduire dans des environnements changeants et parfois hostiles, le leadership des dirigeants RH est fondamental pour argumenter, convaincre et entraîner les équipes. L'engagement dans le domaine du management RH est encore plus déterminant que dans des fonctions plus classiques (finances, logistiques, techniques...) En effet, les interlocuteurs du DRH, encadrements médecins, organisations syndicales détectent très vite, la cohérence du discours et du projet mais aussi et surtout l'implication personnelle de celui qui le porte, surtout lorsqu'elle demeure au fil des mois et des années.

### **Refonder la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé**

Cinq axes d'amélioration peuvent être identifiés rapidement pour refonder une gestion des ressources humaines multifonctionnelle « véritable couteau suisse du management » :

#### **Rendre plus productive, la fonction administrative et de gestion**

L'automatisation de la gestion administrative du personnel est une tendance lourde, et va encore s'intensifier et probablement se décentraliser. Elle est un enjeu

en tant que tel si l'on considère qu'aujourd'hui, la gestion administrative mobilise des moyens et des énergies considérables au détriment du temps managérial. Cette évolution passe par une informatisation massive et soutenue dans le temps, pour rattraper le retard pris. La faiblesse des SIRH actuel tient à la fois au manque d'investissement financier mais aussi parfois aux réticences des acteurs eux-mêmes, comme effrayés par les opportunités qu'offre une rationalisation affirmée et assumée de la gestion administrative.

#### **Développer les fonctions de contrôle, et surtout d'analyse**

Souvent dévalorisée, elles doivent pourtant s'exercer à chaque niveau du management, chacun apportant un regard et une expertise différente des situations. « La confiance n'exclut pas le contrôle » contrôle qui crédibilise le process et permet une consolidation permanente des décisions prises et des résultats. L'analyse RH est très souvent la grande absente des fonctions RH. Ces analyses pour être efficaces doivent être menées en équipe d'encadrement, sur la base d'informations RH qu'il convient de croiser pour les « faire parler » : structuration des pyramides des âges par métiers, absentéisme/présentéisme, turn over, criticité des compétences, enquêtes climat social et satisfaction au travail...

Un diagnostic RH détaillé et surtout partagé, permet la mise en œuvre d'actions RH très ciblées sur un métier (conséquences d'une sortie massive de la pyramide des âges sur le métier de technicien laboratoire) ou une thématique particulière (un turn over problématique en réanimation par exemple)

### **Formaliser davantage la fonction politique de la gestion des ressources humaines**

Le rôle central du DRH est d'abord de créer le cadre d'action et définir les politiques RH et les plans d'action en lien avec la stratégie d'établissement. Cette fonction politique va bien au-delà de la simple formalisation d'un projet social bien mal nommé, tous les quatre à cinq ans. Elle passe par une formalisation régulière et actualisée, des orientations par grand thème RH (dit MIX social ou système RH) et notamment : formation et gestion des compétences, évaluation des personnels, emploi et recrutement, organisation et conditions de travail, participation des personnels et communication interne.

Ces grandes orientations tiennent lieu de feuilles de route et sont sans doute à rappeler régulièrement lors de la mise en place ou du suivi des actions qui s'y rattachent. Des politiques clairement définies donnent du sens à l'action et surtout permettent de définir les calendriers de mise en œuvre et les étapes préalables à franchir.

### **Structurer la fonction de soutien et d'accompagnement aux équipes et aux opérationnels**

Sur les gros projets de restructuration, l'encadrement de pôle est souvent en attente d'un soutien méthodologique fort alliant la conduite de projet RH et les méthodologies de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Dans ces cas de figure, les équipes RH centrales se transforment en « consultants internes » auprès des pôles, détenteurs d'une expertise technique et méthodologique dans le domaine des RH.

### **Développer la fonction de veille et de producteur de sens**

Un positionnement est à affirmer de « veilleur » de pédagogue et de producteur de sens ou les capacités d'influence, d'anticipation, de détection, d'accompagnement et de soutien, de valorisation structurent un style managérial nouveau plus proche des notions de leadership. Cela passe notamment par du benchmark RH tant auprès d'autres établissements que d'autres secteurs d'activité (grandes entreprises par exemple) Ce benchmark doit être réalisé si possible en équipe d'encadrement pluridisciplinaire associant tous les métiers d'encadrement et ce afin de construire progressivement une culture managériale commune et partagée.

### **Vers un nouveau pacte social à établir**

Restructurer les activités hospitalières et les réorganiser désormais de manière quasiment continue, nécessite de mettre en place les accompagnements de la dimension ressources humaines de ces projets. Ces accompagnements ont pour double objectif, à la fois de définir les plans d'action RH qui permettent la mise en œuvre des projets, mais aussi de constituer « l'airbag social » pour les personnels impliqués dans la réorganisation. Cet accompagnement est sans doute à formaliser et à individualiser au travers de la création d'une équipe dédiée, maîtrisant et utilisant toutes les techniques et méthodes d'accompagnement de projet de restructuration (et spécifiquement les démarches GPMC, les techniques de reconversion et de suivi individuel des personnels)

Un véritable pacte ou engagement

social est à établir, notamment vis-à-vis des représentants des personnels, s'appuyant sur des valeurs fortes de service public et la conviction de sa capacité à évoluer, s'adapter et répondre dans des conditions économiques comparables au secteur privé, aux besoins et aux attentes des patients, des usagers, des personnels.

Dans un contexte de changement permanent et d'adaptabilité continue, la dimension ressources humaines devient dès lors, une variable stratégique pour les établissements de santé en ce qu'elle conditionne pour partie leur survie et détermine leur capacité à se développer. Si la lisibilité à moyen et long terme sur ce que sera l'avenir des établissements ne peut être toujours obtenue avec précisions, en revanche les conditions dans lesquelles les adaptations seront réalisées, peuvent être définies. L'enjeu devient dès lors pour les équipes de direction de s'engager sur une méthode et des principes d'action, qui sécurisent tous les acteurs (personnels, encadrement, corps médical, représentants du personnel...) et permet aux adaptations de se réaliser.

L'engagement social peut aussi porter sur un réinvestissement social (promotion professionnelle et formation) d'une partie des gains obtenus par la performance des nouvelles organisations mises en place (par exemple baisse de l'absentéisme)

### Oser le changement...

Les lignes de force d'une « nouvelle gestion des ressources humaines » dans les EPS, refondée et re finalisée apparaissent assez

clairement aujourd'hui, à tous les acteurs mais aussi aux spectateurs de la pièce qui se joue devant nos yeux d'hospitaliers. Ils s'agitent d'ailleurs sur leur siège sans trop savoir toujours comment changer le scénario. Et pourtant, un regard appuyé à d'autres mondes que le monde hospitalier démontre la valeur d'une refondation de la GRH dans les EPS, plus proche du terrain et des opérationnels, centrée sur la compétence et son développement, fixant le cap et les chemins pour l'atteindre, prônant et organisant la mutualisation voire le métissage des expériences.

Investir, en temps, en énergie, en compétences et en moyens financiers dans la fonction RH, c'est préparer le retour sur investissement de demain, avec des personnels davantage fidélisés, moins d'absentéisme et de turn over, des activités sécurisées et des recettes pérennisées, des relations sociales plus matures... Ce profond mouvement de 360°, de décentrage et de renforcement de la fonction RH, exige pour les acteurs concernés, et notamment les chefs d'établissements qui tiennent les commandes, du courage, de la lucidité et une véritable « vision stratégique et politique » Tout investissement est un pari sur l'avenir, mais aussi témoigne d'une confiance dans sa propre capacité à le relever. Et l'avenir, « tu n'as pas à le prévoir, mais à le permettre » <sup>(3)</sup> ■

(3) Citadelle de Saint Exupéry (1948)

# L'HÔPITAL, ACTEUR DE SANTÉ... AU TRAVAIL

Jean-Marie Barbot

Directeur du CHS de Gentilly « Fondation Vallée »  
Président de l'ADRHESS

*La journée de l'étude de l'ADRHESS, organisée le 10 décembre dernier à Paris (FIAP) et qui a réuni une centaine de responsables « ressources humaines », a permis de faire le point sur différentes démarches engagées par des services de santé au travail hospitaliers en matière de prévention des risques et sur les dispositifs d'aide et d'accompagnement dont peuvent bénéficier les établissements.*

## Santé au travail et conditions de travail : un enjeu majeur pour les responsables ressources humaines

Depuis plusieurs années, la prévention des risques liée au travail est une préoccupation croissante pour les DRH hospitaliers, soucieux de protéger la santé physique et mentale des agents et de limiter autant que possible, notamment au niveau de l'absentéisme, l'impact des troubles pathologiques consécutifs à l'exercice professionnel.

Il s'agit là, en effet, d'un élément essentiel d'une GRH moderne et respectueuse du bien-être et de la santé des agents, et plus particulièrement de ceux qui, selon leurs fonctions, sont les plus exposés aux risques professionnels.

De plus, le contexte actuel donne encore plus d'acuité à la problématique de la santé au travail :

- Contexte démographique illustré par le vieillissement progressif d'un personnel confronté à la

pénibilité du travail (cf. l'importance des troubles musculo-squelettiques chez certaines catégories d'agents et, notamment, les aides-soignants)

- Contexte social caractérisé, contrainte financière oblige, par des politiques RH plus dures (réduction d'effectifs), des organisations de travail plus exigeantes, voire, dans certains cas, par des pratiques managériales brutales. Les conséquences sur les individus de ces évolutions sont de plus en plus visibles, comme le montre la place grandissante des troubles psychosociaux décrite notamment par l'enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels).

La prévention des risques psychosociaux constitue aujourd'hui un enjeu important en terme de santé psychique mais aussi en terme de santé physique, des études ayant également démontré le lien entre ces risques et les troubles musculo-squelettiques.

La pénurie actuelle de médecins de travail vient malheureusement

compliquer la tâche des établissements. Il y a en effet aujourd'hui dans les hôpitaux 415 médecins du travail, représentant 250 ETP, pour assurer le suivi d'environ 1 million d'agents.

Sachant que le ratio devrait être de 1 médecin pour 1500 agents, on peut donc évaluer à plus de 60% le déficit actuel en postes de médecins du travail. Cette situation est bien évidemment un obstacle à la mise en œuvre de mesures de prévention (ex : campagnes de vaccination) quand elle n'empêche pas, de manière encore plus pénalisante, l'établissement de satisfaire à ses obligations (ex : visites médicales annuelles).

Si le recours à des services de santé au travail interentreprises peut représenter une alternative, (et le plus souvent un pis-aller), la mutualisation des ressources entre les établissements hospitaliers doit être privilégiée au regard des missions spécifiques des médecins du travail hospitaliers (ex : participation aux travaux du CHSCT, actions de prévention dans les services...). A titre d'exemple, et pour ce qui concerne le Val-de-Marne, les CHS de Villejuif et de Gentilly (« Fondation Vallée ») ont décidé de mettre en place à partir de janvier 2011, un service de santé au travail commun aux deux établissements.

### **Santé et travail : des hôpitaux qui se mobilisent**

Au cours de la journée d'étude de l'Adress, trois expériences particulièrement intéressantes ont été présentées.

### **La démarche d'analyse et de prévention des troubles musculo-squelettiques du CHU de Rennes**

Constatant la hausse des accidents du travail liés à la manutention des patients et des charges, le CHSCT a été à l'initiative de cette démarche et de la mise d'un groupe de travail (comprenant notamment un médecin de travail, un ergonome et un représentant du personnel) qui a élaboré un plan d'actions visant :

- à disposer, en temps réel, d'un tableau de bord des accidents de travail,
- à proposer des évolutions pour la formation à la manutention (ex : « formation flash » pour les nouveaux embauchés),
- à intervenir sur des situations de travail,
- à constituer une cellule de veille.

### **Le travail de recherche sur les conditions de travail des cadres de proximité réalisé par le pôle santé publique – santé au travail des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg**

Ce travail a été engagé sur la base du constat que si le cadre est un maillon important de l'hôpital, l'exercice de ses fonctions se traduit par :

- un déséquilibre entre les aspirations, les objectifs et les possibilités de les atteindre.
- des pathologies telles que souffrances, épuisement, anxiété liées au stress et à la surcharge de travail.

Les premiers résultats de cette étude réalisée par questionnaire font apparaître qu'il existe pour

les cadres de fortes contraintes d'ordre psycho organisationnel mais également une exposition aux troubles de manutention ainsi que des problèmes posturaux liés au travail sur écran.

### **Un exemple de partenariat avec l'ANFH : le projet PACTES**

Le projet d'amélioration des conditions de travail en établissement de santé (PACTES) est une initiative de l'ANFH PACA qui a souhaité ainsi contribuer à la fidélisation des professionnels de santé.

27 établissements sont bénéficiaires de ce projet qui comporte :

- des audits et formations en ergonomie (ex : manutention, étude de charge)
- des audits et missions de conseil en organisation du travail (ex : temps de transmission)
- des formations « tutorat »
- des missions de conseil pour l'intégration d'une activité physique au travail

L'originalité de ce projet est d'avoir fait l'objet d'un partenariat financier associant :

- les établissements
- le fonds de prévention de la CNRACL
- la CRAM et l'ARH du Languedoc-Roussillon
- l'ARH PACA
- l'ANFH (au niveau national et régional)

### **Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail**

### **(CLACT) : un levier important**

Depuis plusieurs années (cf Protocole Aubry en 2000), les CLACT contribuent au co-financement, via les crédits du FMESPP, d'actions mises en place dans les établissements afin de renforcer la prévention des risques professionnels.

Le contenu des CLACT et leurs conditions d'élaboration ont été précisés par la circulaire du 6 juillet 2010.

#### **Le contenu**

Il est notamment précisé que pourront être co-financées par les ARS les actions s'articulant autour de 2 axes prioritaires :

- soutien aux projets innovants pouvant concerner plusieurs établissements
- promotion des processus ayant pour objet le développement d'une politique de lutte contre les risques professionnels, l'amélioration des rythmes de travail et l'accompagnement des mobilités.

#### **Une démarche négociée**

Le CLACT doit être négocié entre la direction et les représentants du personnel, le projet d'accord étant ensuite présenté aux instances dont l'avis favorable doit être recherché avant communication à l'ARS.

#### **Crédits**

Au titre de 2010, l'enveloppe nationale des crédits FMESPP consacrée aux CLACT s'élève à 10.000.000 €.

## L'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique du 20 Novembre 2009 : quelles conséquences pour l'hôpital ?

Commun aux trois fonctions publiques (Etat, territoriale et hospitalière) cet accord associe l'Etat, les organisations syndicales (CGT, CFDT, FO, UNSA, CFTC, CGC et FSU) et les employeurs publics dont la FHF. Il s'inscrit dans le cadre de la négociation engagée après la signature des accords de Bercy en juillet 2008 et comprend 15 actions organisées autour de 3 axes :

- les instances et acteurs en matière de santé et sécurité au travail,
- les objectifs et outils de prévention des risques professionnels,
- les dispositifs d'accompagnement des acteurs de la santé.

Parmi les principales avancées consécutives à cet accord, on peut retenir :

- la mise en place d'une fonction d'observation de la santé et sécurité au travail dans la fonction publique,
- le développement de véritables services de santé au travail et l'amélioration des conditions d'emploi des médecins du travail,
- l'achèvement de la mise en place généralisée du document unique,
- l'évaluation et la prévention des problèmes de santé liés aux risques psychosociaux,
- un suivi médical des risques cancérogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction,
- l'extension de l'enquête SUMER.

S'agissant des instances, l'accord du 20 Novembre 2009 précise que les CHS des fonctions publiques de l'Etat et de la territoriale vont être transformés en CHSCT afin d'étendre les compétences de ces instances aux conditions de travail.

Dans la comparaison, toujours très utile et souvent stimulante, des trois fonctions publiques, il est plutôt réconfortant de rappeler que, dans les hôpitaux, les CHSCT fonctionnent depuis 1982 et qu'ils sont souvent très actifs dans l'élaboration et le suivi des CLACT et des PAPRIACT <sup>(1)</sup>...

### Conclusion

Les directions hospitalières et plus particulièrement les DRH sont de plus en plus sensibilisées aux questions touchant à la santé du personnel et investies dans des actions visant à l'amélioration des conditions de travail.

Bien évidemment, cette politique nécessite des moyens qui seront (toujours) insuffisants, à fortiori dans un contexte de restriction budgétaire.

Mais elle suppose, aussi, de la part de tous les acteurs, de la volonté et de l'imagination : des marges de manœuvre existent, des aides (financières, méthodologiques) peuvent être sollicitées pour mieux adapter le travail à l'individu, promouvoir la santé du personnel, renforcer la sécurité au travail, et améliorer ainsi l'efficacité et la qualité des services au bénéfice de la population ■

(1) Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail

## TENDANCES DE L'EMPLOI PUBLIC : OÙ EN EST-ON ?

http://www.strategie.gouv.fr février 2011

Le centre d'analyse stratégique placé auprès du Premier Ministre a publié une note de conjoncture très intéressante relative à la situation de l'emploi public. Cet article montre que si l'emploi public représente 22 à 25 % de l'emploi total, bien qu'en régression régulière, il ne bénéficie pas d'une véritable politique de GPEC qui permettrait à 5, 10 ou 20 ans d'anticiper les besoins et d'adapter la masse salariale aux enjeux d'efficience de demain. La réduction des effectifs publics répond plus à des impératifs de gestion à court terme qu'à une politique vraiment volontariste.

L'étude montre des disparités de gestion entre ministères et un paradoxe récurrent : les administrations voient coexister sureffectifs et pénurie. L'hôpital est au cœur de ce débat avec des cohortes de personnels administratifs ou ouvriers confortables, cependant que sévit la pénurie infirmière. Toutefois, la constante relevée est le souci de faciliter la mobilité des agents afin de permettre que soient prioritairement pourvus les postes opérationnels.

La principale piste dessinée est de faciliter les mobilités entre ministères, niveaux d'administration et fonctions publiques. Précisément, la présente note de veille montre les pouvoirs publics très désireux, dans leur travail de production réglementaire, de faciliter la mobilité des agents, d'assouplir les statuts et de permettre des parcours entre public et privé, ou entre administrations sur des modalités facilitées et en gommant les obstacles pécuniaires qui pourraient entraver ce dispositif.

## DIRECTEUR D'HÔPITAL : L'ESSOR D'UNE PROFESSION

Grégory Guibert, Pierre de Montalembert, Fabien Verdier

Presses de l'EHESP, février 2011

L'histoire de l'hôpital, sous l'angle de celle des directeurs d'hôpitaux, donne dans ce livre une mise en perspective très intéressante pour aborder les questions et le positionnement de ces derniers aujourd'hui.

# AGENDA

Date	Événement	Lieu	Contact
6 au 7 avril	Rencontres de la communication hospitalière	Paris	FHF

Santé RH est une publication mensuelle éditée par **INFODIUM** - SAS au capital de 37 000 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00012 - 41, rue Ramey 75018 Paris - [www.infodium.fr](http://www.infodium.fr)  
 tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 [contact@sante-rh.fr](mailto:contact@sante-rh.fr) - [www.sante-rh.fr](http://www.sante-rh.fr)

Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conception graphique et maquette : Mo'A, [moa@noos.fr](mailto:moa@noos.fr) - Mise en page : Yohann Roy, Publiatis  
 11 numéros par an - Abonnement 285,00 euros par an

Prix au numéro : 31,25 euros - n° de CPPAP 0111 | 89709 - ISSN 1969-7945 - Dépôt légal à date de parution - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau  
 © Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



## BULLETIN D'ABONNEMENT

A compléter et renvoyer à :  
 Santé RH - Infodium - 41, rue Ramey 75018 Paris  
 TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60



**1 an, 11 numéros,**  
 et un accès au site  
[www.sante-rh.fr](http://www.sante-rh.fr)  
 (consultation de la base de données)  
 au prix de **285 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

- Chèque à l'ordre d' **INFODIUM**
- Je souhaite une facture justificative
- Mandat administratif/à réception de facture

Raison sociale : .....  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Fonction : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : ..... Fax : .....  
 E-mail (**Obligatoire**): .....

**Adresse de facturation si différent :**

.....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....

Cachet /Date  
 Signature

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Infodium - SAS au capital de 37 000 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00012  
 41, rue Ramey 75018 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du 1<sup>er</sup> Janvier au 31  
 Décembre 2011.