

## ÉDITORIAL

### Groupements hospitaliers de territoire : le dialogue social aura-t-il lieu ?

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en application de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et au décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 marque un tournant majeur du système hospitalier français qui devra nécessairement être accompagné par un dialogue social nourri afin d'expliquer les enjeux et d'accompagner les acteurs dans les évolutions inévitables des organisations (fonctions mutualisées en premier lieu, mais aussi en lien avec la mise en œuvre du projet médical partagé). La création d'une conférence territoriale de dialogue social (CTDS) démontre la prise en compte de cette nécessité mais soulève quelques interrogations.

Force est en effet de constater que la CTDS est caractérisée par une relative indétermination, qui pourrait vite tourner à la faiblesse constitutive si les acteurs de terrain n'arrivent pas à tirer parti de la souplesse et de la possibilité d'une certaine créativité qu'elle offre aussi de ce même fait.

Il est tout d'abord utile de rappeler qu'à la différence des instances représentatives du personnel des établissements publics de santé, elle n'a été instituée que par la seule voie réglementaire. Au-delà de cet aspect certes symbolique mais non négligeable en termes de légitimité dans la gouvernance du GHT, il faut également souligner que la lecture de l'article R 6132-14 du code de la santé publique ne donne que quelques indications sur la composition, l'objet et la compétence de la CTDS, le reste étant renvoyé à la convention constitutive. Cette rédaction laisse la possibilité d'interprétations et de mises en œuvre différenciées.

Cette relative liberté laissée aux acteurs de terrain sur un sujet aussi sensible fait sens avec la volonté des pouvoirs publics d'avoir des GHT dont l'organisation et le fonctionnement soient le plus possible en prise avec les réalités du territoire et les projets définis par les établissements membres. Cependant, elle participe dans le même temps à rendre le rôle et la légitimité de la CTDS très dépendants de ce que les uns et les autres veulent en faire, au risque d'un faible investissement des partenaires sociaux au sein de l'instance et donc que le dialogue social ne soit pas toujours consistant, effectif et à la hauteur des enjeux liés aux transformations de notre système hospitalier.

S'il ne s'agit pas nécessairement que le corpus réglementaire disponible s'étoffe à l'avenir, afin de continuer à bénéficier de la souplesse actuelle du dispositif, il apparaît donc en revanche indispensable d'évaluer régulièrement et collectivement le fonctionnement de cette instance au sein des GHT afin d'adapter au besoin la convention constitutive et / ou le règlement intérieur.

Cette « construction continue » sera une réponse pertinente au potentiel procès en légitimité et en utilité qui pourrait lui être fait par certaines organisations syndicales (certaines s'étant d'ailleurs déjà positionnées en ce sens).

Le dialogue social au sein des groupements hospitaliers de territoire, même s'il ne se limite pas au seul aspect organique, doit impérativement avoir un « lieu » pour « avoir lieu ». La CTDS reste donc fondamentalement une opportunité pour les acteurs hospitaliers de le voir naître et se développer. A eux maintenant de poursuivre à en améliorer la signalétique pour bien s'y retrouver !

**Florent FOUCARD**

Directeur du centre hospitalier de VIERZON

## SOMMAIRE

### JURIDIQUE

Veille Réglementaire ..... page 2

### Jurisprudence

Qui a qualité pour saisir la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins ? ..... page 6

L'agent public contractuel investi d'une fonction représentative et licencié sans l'autorisation préalable de l'inspecteur du travail dispose d'un droit à réparation du préjudice lié à la méconnaissance de son statut protecteur ..... page 8

### Focus

Reclassement pour raison de santé des fonctionnaires hospitaliers : Mais qu'est-ce que la période de préparation au reclassement ? ..... page 10

### PILOTAGE RH

De la gestion de l'absentéisme à un management durable : Une attente forte pour le contrôle de gestion sociale mais des informations inertes ..... page 13

### Agenda

### Parution

Bulletin d'abonnement....page 20

## VEILLE RÉGLEMENTAIRE

Fabrice DION

Directeur d'hôpital,  
Docteur en droit

## INSTITUTIONS

**Décret n° 2017-1331 du 11 septembre 2017 modifiant les missions et la composition de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé**

Le décret a pour objet de compléter la composition et les missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé afin d'améliorer son fonctionnement et de renforcer son rôle. L'observatoire promeut désormais, d'une part, les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels, en particulier en cas d'exercice pluriprofessionnel, ainsi que la connaissance de l'évolution de leurs métiers et de leurs activités et, d'autre part, l'évaluation des actions engagées afin de répondre aux besoins des professionnels et des usagers dans chaque région. En outre, il fait réaliser des études et travaux permettant d'évaluer, en lien avec les besoins de santé de chaque région, les perspectives en matière démographique et de formation propres à la région, ainsi que les activités et les conditions d'exercice, en particulier pluriprofessionnel, permettant un meilleur accès aux soins. Il fait chaque année des propositions d'effectifs de professionnels de santé à former dans les cinq prochaines années, par profession et par spécialité et, le cas échéant, par subdivision.

## STATUT ET CARRIERE

**Décret n° 2017-1259 du 9 août 2017 portant dispositions statutaires relatives aux personnels de rééducation de catégorie A de la fonction publique hospitalière**

Le décret prévoit les modalités de recrutement, de nomination et de classement dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des membres des corps de pédicures-podologues, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes. Le texte prévoit en particulier les dispositions relatives à

la constitution initiale des corps précités par l'intégration des corps actuellement régis par le décret du 27 juin 2011 portant statuts particuliers des corps des personnels de rééducation de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, à l'exception du corps des diététiciens. Toutefois, les personnels bénéficiant d'un droit d'option et les membres du corps des masseurs-kinésithérapeutes pourront faire le choix de demeurer dans leur corps d'origine. Par ailleurs, au 1er janvier 2018, les corps des masseurs-kinésithérapeutes, des psychomotriciens et des orthophonistes seront reclassés dans une nouvelle grille indiciaire. Le décret place également en voie d'extinction les corps des pédicures-podologues, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes relevant de la catégorie B de la fonction publique hospitalière. Le texte prévoit enfin que ces nouveaux corps comprennent deux grades : une classe normale comportant dix échelons ; une classe supérieure comportant dix échelons.

**Décret n° 2017-1260 du 9 août 2017 portant statut particulier du corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale de la fonction publique hospitalière**

Le décret instaure un nouveau corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale de la fonction publique hospitalière, classé dans la catégorie A et comportant deux grades. Il définit les modalités de recrutement, de nomination et de classement dans ce nouveau statut ainsi que les règles relatives à l'avancement, au détachement et à l'intégration directe. Le décret prévoit un droit d'option ouvert durant une période de six mois à compter du 1er septembre 2017. Ce droit d'option est exercé de façon expresse par chaque agent : les agents ayant demandé leur intégration dans le statut de catégorie A font l'objet du reclassement dans le nouveau corps à compter du 1er septembre 2017. Le décret place le corps de manipulateurs d'électroradiologie médicale de la catégorie B régi par le décret n°2011-748

du 27 juin 2011 en voie d'extinction. Le décret permet également la mise en œuvre des mesures « Parcours professionnels, carrières et rémunération » pour les manipulateurs d'électroradiologie médicale de la catégorie A de la fonction publique hospitalière.

### **Décret n° 2017-1263 du 9 août 2017 relatif au classement indiciaire applicable aux corps de personnels de rééducation de la catégorie A de la fonction publique hospitalière**

Ce décret vise à déterminer les nouveaux bornages indiciaires des corps de masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes de la catégorie A de la fonction publique hospitalière suite au processus de reclassement dans la catégorie A. Ces nouveaux bornages seront applicables pour les années 2017 à 2019. Ils prennent ainsi en compte les évolutions indiciaires prévues par la réforme parcours professionnels, carrières, rémunérations.

### **Arrêté du 9 août 2017 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux corps de personnels de rééducation de la catégorie A de la fonction publique hospitalière**

Cet arrêté prévoit un nouvel échelonnement indiciaire, d'une part pour les deux grades des corps de pédicures-podologues et orthoptistes classés dans la catégorie A (de 444 à 761 au 1er janvier 2019), et d'autre part, pour les deux grades des corps de masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens et orthophonistes, également classés dans la catégorie A (de 444 à 801 au 1er janvier 2019).

### **Décret n° 2017-1264 du 9 août 2017 relatif au classement indiciaire applicable au corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale de la catégorie A de la fonction publique hospitalière**

Ce décret concerne également la détermination des nouveaux bornages indiciaires applicables au corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale de la catégorie A de la fonction publique hospitalière issu de la procédure de reclassement. Ce décret prévoit ces bornages pour les années 2017 à 2019 prenant ainsi

en compte les évolutions indiciaires prévues par le protocole relatif aux parcours professionnels, aux carrières et aux rémunérations.

### **Arrêté du 9 août 2017 relatif à l'échelonnement indiciaire du corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale de la catégorie A de la fonction publique hospitalière**

Cet arrêté prévoit le nouvel échelonnement indiciaire applicable aux deux grades du corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale nouvellement classé dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière

### **Décret n° 2017-1261 du 9 août 2017 modifiant le décret n° 2003-761 du 1er août 2003 relatif aux commissions administratives paritaires de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris**

Ce décret prévoit une représentation équilibrée entre les femmes et les hommes aux commissions administratives paritaires de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, à une simplification du processus électoral et à prendre en compte pour la constitution des sous-groupes au sein des commissions administratives paritaires, la création du corps des sages-femmes des hôpitaux, celle du corps des ergothérapeutes classé dans la catégorie A et celle des corps régis par le décret n°2016-1707 du 12 décembre 2016 portant statut particulier des personnels de la filière ouvrière et technique de la catégorie C de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Il entre en vigueur à l'occasion du prochain renouvellement de ces instances à l'exception des dispositions des articles 12 et 13 qui entrent en vigueur le lendemain de sa publication.

### **Arrêté du 18 juillet 2017 modifiant l'arrêté du 11 octobre 2007 déterminant les taux de promotion dans certains corps de la fonction publique hospitalière**

Cet arrêté vise à remplacer le tableau figurant dans l'annexe à l'arrêté du 11 octobre 2007. Les modifications concernent les différents corps des filières de la fonction publique hospitalière (administrative, ouvrière et technique, rééducation, soins,

médico-technique, socio-éducative). Les taux de promotion ont été fixés pour l'année 2017, mais ne sont pas définis pour les années 2018 et 2019.

### RECRUTEMENT

**Arrêté du 4 août 2017 portant répartition des postes offerts au titre de l'année universitaire 2018-2019 au concours d'internat à titre étranger donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques**

**Arrêté du 4 août 2017 portant répartition des postes offerts au titre de l'année universitaire 2018-2019 au concours d'internat à titre européen donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques**

**Arrêté du 4 août 2017 portant répartition des postes offerts au titre de l'année universitaire 2018-2019 au concours d'internat à titre étranger donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques**

**Arrêté du 7 août 2017 rappelant pour l'année 2017 et projetant pour la période 2018-2021 le nombre global d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision territoriale.**

**Arrêté du 27 juillet 2017 portant ouverture de l'épreuve d'aptitude pour l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, mentionnée aux articles R. 4111-18 et R. 4221-14 du code de la santé publique (session 2017)**

Une épreuve d'aptitude est organisée au titre de l'année 2017 en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou d'un

autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Cette épreuve consiste en une épreuve orale, qui prend la forme d'une interrogation par les membres du jury, d'une durée totale de quarante-cinq minutes, après une préparation de vingt minutes et se décomposant comme suit : 1° D'une part, un exposé à partir d'un sujet préalablement tiré au sort par le candidat, d'une durée maximale de quinze minutes ; 2° D'autre part, un entretien avec le jury d'une durée maximale de trente minutes portant sur le programme ou les matières mentionnées à l'article 1er.

**Arrêté du 29 août 2017 relatif aux postes vacants d'attaché d'administration hospitalière offerts aux seuls élèves attachés - promotion EHESP 2017**

123 emplois d'attaché d'administration hospitalière, ci-après, sont réservés aux 64 élèves attachés ayant satisfait aux épreuves de l'examen de fin de formation des élèves attachés d'administration hospitalière (promotion 2017).

### DROITS ET OBLIGATIONS

**Arrêté du 7 juillet 2017 relatif aux conditions de télédéclaration des liens d'intérêts et au fonctionnement du site internet unique mentionné à l'article R. 1451-3 du code de la santé publique**

Les nouvelles règles en matière de conflits d'intérêt issues de la loi du 20 avril 2016 ont conduit à la mise en place de nouveaux dispositifs (nomination de déontologues, prévention des conflits d'intérêt...) et en l'occurrence de télédéclaration des liens d'intérêt. Ainsi, l'arrêté prévoit les règles à suivre à l'occasion d'une déclaration en ligne ainsi que le régime de fonctionnement du site internet. Il précise notamment que le déclarant saisit en ligne sa déclaration qui comprend les mentions prévues à l'article R.1451-2 du code de la santé publique. Il donne son consentement à la transmission des informations à caractère personnel au prestataire de service de certification électronique et signe électroniquement sa déclaration. Un accusé de dépôt, adressé au déclarant par messagerie électronique, certifie du dépôt de la

déclaration sur le site. Les administrations, les autorités, les établissements ainsi que leurs déontologues peuvent consulter, chacun en ce qui les concerne, l'intégralité des informations déclarées par les déclarants qui exercent leurs fonctions ou remplissent une mission en leur sein. Ils sont tenus d'assurer la confidentialité des informations. Au sein des établissements.

### **Note d'information N° DGOS/RH4/RH3/DGCS/4B/2017/190 du 6 juin 2017 relative aux droits des agents en situation de parentalité**

La note a pour objectif de rappeler la réglementation en matière de congés liés à la parentalité et, notamment, de rappeler qu'elle ne permet pas, sous peine d'illégalité et de discrimination, de geler la notation, ou de procéder à un abatement de la prime de service, des agents absents pour congé de maternité et explicite les droits liés à la parentalité pour les couples de même sexe. L'instruction précise que « sur l'aspect relatif à la notation, la réglementation ne prévoit une absence de notation que dans le cas d'un agent recruté par un établissement postérieurement au 30 juin de l'année civile en cours. Cela implique donc que dans tous les autres cas, l'agent doit être noté. ». En conséquence, les établissements qui prévoyaient une durée minimale de présence et qui par voie de conséquence gelaient la note des personnels qui avaient été en congé de maternité devront cesser cette pratique. La jurisprudence est d'ailleurs explicite en la matière. Le Conseil d'Etat a jugé que la présence du fonctionnaire du 1er septembre au 15 novembre de l'année de référence est une durée suffisante pour permettre au chef de service d'apprécier la valeur professionnelle de l'intéressé (CE, 3 septembre 2007, n° 284954).

## **REMUNERATION**

### **Décret n° 2017-1228 du 2 août 2017 modifiant le décret n° 89-563 du 8 août 1989 relatif à la prime spéciale d'installation attribuée à certains personnels de la fonction publique hospitalière**

Le décret précise les conditions d'attribution de la prime spéciale d'installation.

Il détermine en particulier les conditions d'attribution de la prime spéciale d'installation aux fonctionnaires qui avaient précédemment la qualité de contractuel. A ce titre, il précise que le droit à la prime spéciale d'installation est ouvert aux anciens agents contractuels de la fonction publique titularisés, sous réserve que leur nouvelle résidence administrative diffère de celle de leur dernière affectation avant nomination dans le corps. Il conviendra donc de s'assurer dans les DRH que les agents titularisés, anciens contractuels, remplissent bien ces conditions afin de bénéficier de cette prime. Ceci signifie qu'un agent contractuel titularisé dans l'établissement où il exerce ne pourra bénéficier de cette prime.

### **Arrêté du 11 juillet 2017 abrogeant l'article 2 de l'arrêté du 17 octobre 1995 modifié relatif à la tarification des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles**

Cet arrêté abroge la disposition précisant les deux exceptions au principe selon lequel le nombre de salariés d'un établissement est égal à la moyenne des nombres de salariés présents au dernier jour de chaque trimestre civil de la dernière année connue. Ces deux exceptions concernaient les établissements de travail temporaire et la situation des dockers maritimes intermittents ou occasionnels.

### **Décret n° 2017-1207 du 31 juillet 2017 modifiant le décret n° 2011-46 du 11 janvier 2011 portant attribution d'une prime spéciale à certains personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière**

Le décret concerne les fonctionnaires membres des corps d'infirmiers anesthésistes. Il modifie les corps éligibles au versement de la prime spéciale. La prime spéciale est actuellement attribuée aux infirmiers anesthésistes membres des corps régis par le décret n°88-1077 et par le décret n°2010-1139. Désormais, Il convient de prévoir l'attribution de la prime spéciale aux membres du nouveau corps des infirmiers anesthésistes créé par le décret n°2017-984 du 10 mai 2017 qui porte statut particulier du corps des infirmiers anesthésistes de la fonction publique hospitalière. Le montant de la prime est fixé par arrêté.

**Guillaume  
CHAMPENOIS**

Avocat au Barreau  
de Paris  
Houdart et Associés

### ORDRE DES MÉDECINS

#### QUI A QUALITÉ POUR SAISIR LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIÈRE INSTANCE DE L'ORDRE DES MÉDECINS ?

**Par un arrêt du 10 juillet 2017, le Conseil d'Etat interprète de manière extensive la notion de participation d'un médecin à un service public au sens des dispositions de l'article L.4124-2 du code de la santé publique en jugeant qu'un médecin expert désigné dans le cadre d'une expertise médicale diligentée au visa de l'article L.141-1 du code de la sécurité sociale « participe » au service public de la sécurité sociale.**

CE 10 juillet 2017 n°396452

L'article L.4124-2 du code de la santé publique dispose :

« Les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé, le procureur de la République, le conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit.

Lorsque les praticiens mentionnés à l'alinéa précédent exercent une fonction de contrôle prévue par la loi ou le règlement, ils ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes commis dans l'exercice de cette fonction, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé ou le procureur de la République. »

Le Conseil d'Etat a jugé très tôt que ces dispositions faisaient obstacle à ce

qu'un praticien hospitalier nommé à titre permanent puisse porter plainte devant la chambre disciplinaire à l'encontre de son chef de service « à raison de propos relatifs aux conditions dans lesquelles il exerçait son activité hospitalière que ce dernier avait tenus devant un patient ». La haute juridiction administrative a ici jugé la plainte comme irrecevable (CE 22 mars 2010 n°323748).

Le juge administratif considère ici que « les propos reprochés à M. A n'étaient manifestement pas détachables des actes de sa fonction publique hospitalière » et en a déduit que M. B n'avait pas qualité pour saisir la chambre disciplinaire.

Le Conseil d'Etat fait une application stricte de ces dispositions en relevant que le degré de gravité de la faute commise est sans incidence sur la détermination de la qualité à agir découlant du critère de la participation au service public hospitalier.

En ce sens on peut citer un arrêt du Conseil d'Etat en date du 31 mars 2014 rendu sous le numéro 362135 ;

« Considérant que, M. D...étant intervenu en sa qualité de médecin du service départemental d'incendie et de secours dans le cadre d'une intervention d'urgence requise de ce service, l'acte qui lui est reproché, quelle qu'en soit la gravité, a été commis dans l'exercice de ses fonctions publiques, au sens des dispositions de l'article L. 4124-2 du code de la santé publique ; que, par suite, la chambre disciplinaire nationale a commis une erreur de droit en jugeant recevable une plainte qui n'émanait pas d'une des autorités mentionnées par les dispositions précitées du code de la santé publique ; que, dès lors, sa décision doit être annulée ; »

Cette irrecevabilité découlant de l'absence de qualité à agir concerne le conseil départemental (CE 31 mars 2014 n°358821), les patients ou particuliers (CE 31 mars 2014 précité et CE 23 décembre 2016 n°392230).

Par un arrêt en date du 10 juillet 2017, le Conseil d'Etat apporte une précision complémentaire d'importance en jugeant que rentre dans le périmètre des dispositions de l'article L.4124-2 du code de la santé publique le médecin expert désigné en application des dispositions de l'article R.141-2 du code de la sécurité sociale dans le cadre d'une expertise médicale en matière de sécurité sociale en application de l'article L.141-2 du code de la sécurité sociale :

CE 10 juillet 2017 n°396452 :

« Considérant qu'aux termes du premier alinéa de l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale relatif à l'expertise médicale en matière de sécurité sociale : " Les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou à l'état de la victime, et notamment à la date de consolidation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle et celles relatives à leur prise en charge thérapeutique, à l'exclusion des contestations régies par l'article L. 143-1, donnent lieu à une procédure d'expertise médicale (...) " ; que l'article R. 141-1 précise que ces contestations : " sont soumises à un médecin expert désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin conseil ou, à défaut d'accord dans le délai d'un mois à compter de la contestation, par le directeur général de l'agence régionale de santé (...) Dans le cas où l'expert est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé, il ne peut être choisi que parmi les médecins inscrits, sous la rubrique Experts spécialisés en matière de sécurité sociale, sur les listes dressées en application de l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 et de l'article 1er du décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004 relatifs aux experts judiciaires " ; que le médecin expert désigné en application de ces dispositions participe, pour les actes d'expertise qu'il réalise dans ce cadre, au service public de la sécurité sociale ; que ces missions d'expertise doivent ainsi être regardées comme effectuées par un praticien chargé d'une mission de service public à l'occasion des actes de sa fonction publique, au sens des dispositions, citées au point 1, de l'article L. 4124-2 du code de la santé publique ;

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis au juge du fond qu'à la suite d'un accident dont M. C... a été victime, M. D..., médecin spécialiste en chirurgie, a été désigné conformément aux dispositions des articles L. 141-1 et R. 141-1 du code de la sécurité sociale cités ci-dessus et a rendu, sur le même fondement, un rapport d'expertise sur l'aptitude au travail de M.C... ; que M. C... a porté plainte contre M. D... devant la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional du Centre de l'ordre des médecins, laquelle lui a infligé un blâme ;

Considérant qu'il résulte de ce qui a été dit aux points 1 et 2 ci-dessus qu'en jugeant, pour annuler la décision de la chambre disciplinaire de première instance et rejeter la plainte de M.C..., que celui-ci n'était pas recevable à mettre en cause, devant la juridiction disciplinaire, des actes accomplis par M. D... en sa qualité de médecin expert désigné en application des articles L. 141-1 et R. 141-1 du code de la sécurité sociale, la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins n'a pas commis d'erreur de droit et a exactement qualifié les faits qui lui étaient soumis ; »

Le Conseil d'Etat a donc une jurisprudence extensive de ces dispositions.

**STATUT PROTECTEUR**

**L'AGENT PUBLIC CONTRACTUEL INVESTI D'UNE FONCTION REPRÉSENTATIVE ET LICENCIÉ SANS L'AUTORISATION PRÉALABLE DE L'INSPECTEUR DU TRAVAIL DISPOSE D'UN DROIT À RÉPARATION DU PRÉJUDICE LIÉ À LA MÉCONNAISSANCE DE SON STATUT PROTECTEUR**

**Par un arrêt du 05 juillet 2017, le Conseil d'Etat censure un arrêt de la Cour administrative d'appel de Marseille aux termes duquel ladite juridiction avait rejeté la demande indemnitaire d'un masseur kinésithérapeute, membre du CHSCT, tendant à être réparé du préjudice né de son licenciement irrégulier ensuite de l'absence d'autorisation préalable de l'inspecteur du travail.**

**CE 05 juillet 2017 n°395350**

L'article L.2411-13 du code du travail dispose que le licenciement d'un représentant du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ne peut intervenir qu'après autorisation de l'inspecteur du travail.

L'article L. 4111-1 du même code a été étendu aux établissements publics de santé mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière les dispositions du livre IV du code du travail relatives aux représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, inséparables de celles de l'article L. 2411-13 précité.

Le Conseil d'Etat, au regard de la rédaction des textes précités, fait une application stricte en excluant du périmètre de cette protection les fonctionnaires, lesquels ne sont pas des salariés titulaires d'un contrat de travail.

CE 9 mai 2011 n°342863 :

« que l'article L. 4111-1 du même code a été étendu aux établissements publics de

santé mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dont relève le personnel du centre hospitalier de Ponteils, les dispositions du livre quatrième du code du travail relatives aux représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, inséparables de celles de l'article L. 2411-13 précité ; que seuls sont exclus de ces dispositions, ainsi que le rappelle l'article R. 2411-1 du code du travail, les fonctionnaires titulaires ; qu'il résulte de l'ensemble de ces dispositions que l'article L. 2411-13 est applicable aux agents non titulaires des établissements publics de santé ; »

Dans un arrêt du 05 juillet 2017, le Conseil d'Etat a apporté une précision importante quant aux conséquences pour l'agent en termes de droit à réparation des préjudices subis découlant d'un licenciement opéré sans l'autorisation préalable de l'inspecteur du travail.

CE 05 juillet 2017 n°395350 :

« Considérant qu'en vertu des dispositions du code du travail, le licenciement des salariés légalement investis de fonctions représentatives, qui bénéficient d'une protection exceptionnelle dans l'intérêt de l'ensemble des travailleurs qu'ils représentent, ne peut intervenir que sur autorisation de l'inspecteur du travail ; que lorsqu'un établissement public de santé licencie un agent non titulaire placé dans une telle situation sans avoir sollicité cette autorisation, le licenciement présente un caractère illégal même s'il repose sur des motifs légaux ; que, dans une telle circonstance, l'absence de saisine de l'inspecteur du travail crée, à elle seule, pour l'agent licencié, un préjudice tenant à la méconnaissance de son statut protecteur ;

Considérant qu'il ressort des mentions de l'arrêt attaqué que la cour, après avoir estimé que le centre hospitalier de Ponteils était fondé à procéder au



*licenciement de M. A..., en a déduit qu'alors même que ce licenciement était intervenu dans des conditions irrégulières, faute d'avoir été précédé de l'autorisation de l'inspecteur du travail, les préjudices dont se prévalait M. A...étaient sans lien avec l'irrégularité ainsi commise et ne pouvaient, dès lors, être indemnisés ; qu'il résulte de ce qui précède qu'en statuant ainsi, alors que le salarié protégé licencié sans autorisation de l'inspecteur du travail dispose au minimum d'un droit à réparation du préjudice lié à la méconnaissance de son statut protecteur, la cour a commis une erreur de droit ; que son arrêt doit, par suite, être annulé ; »*

La méconnaissance du statut protecteur d'un agent public contractuel investi d'un mandat de représentation cause donc nécessairement à l'intéressé un préjudice lui ouvrant droit à réparation. Si le Conseil d'Etat ne précise pas la nature de ce préjudice, celle-ci est a minima un préjudice moral.

Cet arrêt est donc l'occasion d'attirer l'attention des directions des établissements publics de santé quant aux précautions nécessaires à prendre avant tout licenciement d'un agent contractuel membre d'un CHSCT de l'établissement ou avant le licenciement de tout agent titulaire de certains mandats électoraux visés au code général des collectivités territoriales lequel étend à certains élus la protection édictée par l'article L2411-13 du code du travail.

En effet, lorsqu'ils n'ont pas cessé d'exercer leur activité professionnelle, les maires et adjoints au maire ainsi que les présidents et vice-présidents exécutifs des conseils départementaux et régionaux sont considérés comme des salariés protégés (cf. code général des collectivités territoriales article L. 2123-9, L. 3123-7 et L. 4135-7 modifiés). Ainsi, parmi d'autres mesures protectrices, la rupture de leur contrat de travail est soumise à la procédure d'autorisation de l'inspecteur du travail.

Ce faisant, précisons que depuis une décision du Conseil Constitutionnel en date du 14 mai 2012 (Conseil Constitutionnel, décision du 14 mai 2012 n°2012-242 QPC) et un arrêt de la Cour de cassation (Cass. Soc. 26 mars 2013 n°11-28269), le salarié protégé en vertu d'un mandat extérieur à l'entreprise ne peut se prévaloir de sa protection s'il n'a pas, au plus-tard lors de l'entretien préalable, informé son employeur de l'existence de son mandat.

Sans information d'un mandat extérieur, l'employeur peut donc valablement procéder à la notification d'un licenciement sans autorisation préalable. Cette solution applicable au mandat dit extérieur devrait vraisemblablement s'appliquer à la situation des élus locaux, nouveaux bénéficiaires de la protection contre le licenciement même si la juridiction administrative n'a pas encore, semble-t-il, adopté une même interprétation des textes.

Manon QUILLEVERE  
Consultante au CNEH

### RECLASSEMENT

## RECLASSEMENT POUR RAISON DE SANTÉ DES FONCTIONNAIRES HOSPITALIERS : MAIS QU'EST-CE QUE LA PÉRIODE DE PRÉPARATION AU RECLASSEMENT ?

L'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique a inséré l'article 75-1 au sein de la loi n°86-33 modifiée du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Cet article précise : « Le fonctionnaire reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions a droit à une période de préparation au reclassement avec traitement d'une durée maximale d'un an. Cette période est assimilée à une période de service effectif. » Une circulaire du 28 mars 2017 relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique indique que des dispositions réglementaires viendront prochainement préciser l'application de cet article 75-1.

Mais dans l'attente de cette publication, les établissements relevant de la fonction publique hospitalière se posent des questions. Cet article est l'occasion de faire le point sur celles-ci.

A noter !

Le reclassement pour raison de santé intervient lorsqu'un agent est déclaré, par avis médical, inapte à l'exercice de tout emploi correspondant à son grade.

### L'article 75-1 de la loi du 9 janvier 1986 est-il d'application directe ?

L'article 75-1 précité ne fait aucune référence à un décret d'application. Au plan du droit, il peut donc être d'ores et déjà appliqué. Toutefois, deux remarques peuvent être faites :

- Pour qu'une ordonnance ait une valeur légale, celle-ci doit être ratifiée. A défaut, elle n'a qu'une valeur réglementaire. Et, concernant l'ordonnance du 19 janvier 2017, aucune loi de ratification n'a encore été publiée<sup>1</sup>.
- En pratique, il est nécessaire que les modalités d'application de cette période de préparation au reclassement soient précisées.

### La période de préparation au reclassement est-elle un congé ?

Il est possible d'admettre que la

période de préparation au reclassement se distingue d'un congé.

Tout d'abord, l'article 75-1 de la loi du 9 janvier 1986 n'emploie pas le terme « congé » mais « période ».

Aussi, la période de préparation au reclassement n'a pas été ajoutée à l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986, article listant les congés auxquels peut prétendre un fonctionnaire lorsqu'il est en position statutaire d'activité.

Enfin, il serait intéressant que cette période ne soit pas un congé afin de permettre à l'agent concerné de bénéficier notamment de formations. En effet, un agent ne peut pas bénéficier de deux congés au même moment. C'est ainsi, par exemple, qu'un agent en congé maladie ne peut pas prétendre à un congé de formation.

### A quel moment un agent peut-il bénéficier d'une période de préparation de reclassement ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de préciser la procédure de reclassement pour raison de santé à appliquer. En application de la sec-

(1) Voir en ce sens l'article 38 de la Constitution du 4 octobre 1958, « Le Gouvernement peut, pour l'exécution de son programme, demander au Parlement l'autorisation de prendre par ordonnances, pendant un délai limité, des mesures qui sont normalement du domaine de la loi. Les ordonnances sont prises en Conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat. Elles entrent en vigueur dès leur publication mais deviennent caduques si le projet de loi de ratification n'est pas déposé devant le Parlement avant la date fixée par la loi d'habilitation. Elles ne peuvent être ratifiées que de manière expresse. A l'expiration du délai mentionné au premier alinéa du présent article, les ordonnances ne peuvent plus être modifiées que par la loi dans les matières qui sont du domaine législatif. »

tion 3 de la loi du 9 janvier 1986 et du décret n°89-376 modifié du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé, la procédure suivante est proposée :

S'agissant de cette procédure, deux points de départs sont possibles : soit l'inaptitude de l'agent est constatée par le médecin du travail, par exemple à l'issue de la visite médicale périodique, soit par le comité médical dans le cadre d'un congé de maladie (au cours d'un congé ou à son issue). Dans une telle situation, l'agent concerné doit être invité à faire une demande de reclassement.

L'établissement organise les modalités de cette invitation. Par exemple, il peut s'agir d'un entretien avec l'agent accompagné de l'envoi d'un courrier récapitulatif de ce qui a été dit lors de cet entretien.

Lors de cette étape, il est primordial d'exposer les points suivants à l'intéressé :

- Lui expliquer les modalités et les conséquences du reclassement (détachement ou intégration directe dans un autre corps, changement de corps, maintien du traitement indiciaire, perte des éventuels avantages liés à l'ancien corps, éventuel changement de catégorie de retraite ...).
- Lui fixer un délai au cours duquel il peut faire cette demande de reclassement et bien lui indiquer qu'à défaut de demande à l'issue de ce délai, il sera présumé renoncer à sa demande de reclassement. Cependant, ce délai n'étant pas prévu dans les textes, il appartient à l'établissement de le fixer. Celui-ci doit être raisonnable.
- Lui expliquer qu'à défaut de demande de sa part ou en cas de refus explicite, l'agent sera présumé renoncer au reclassement et un dossier de retraite pour invalidité d'office sera constitué.

A noter !

Il est important de garder une trace écrite de cette invitation. Cela permettra de démontrer à la CNRACL, en cas de demande de retraite pour invalidité ou au juge administratif, en cas de contentieux, que cette démarche a été faite.

Ensuite, le reclassement pour raisons de santé ne peut être imposé. Il est donc subordonné à une demande écrite de l'agent.

En cas de demande écrite de reclassement, l'établissement recherche alors un poste vacant correspondant aux restrictions médicales présentées par le médecin du travail et/ou le comité médical.

Il s'agit d'une obligation de moyens et non de résultat. Autrement dit, il ne sera pas reproché à l'établissement de ne pas avoir reclassé l'agent. A l'inverse, il pourra lui être reproché de ne pas avoir tout mis en œuvre pour le reclasser.

C'est du fait de cette obligation de moyens qu'il est nécessaire de retracer toutes les démarches réalisées : analyse du tableau des effectifs afin d'identifier des postes vacants (besoins permanents), analyses des fiches de poste spécifiant les restrictions possibles ou non, formations mises en place, refus de l'agent du ou des poste(s) proposé(s) ...

Une fois le poste identifié, celui-ci doit passer pour avis au médecin du travail ou au comité médical (suivant qui est à l'origine de la demande).

En cas d'avis favorable, l'agent est reclassé dans un corps de niveau équivalent ou inférieur via un détachement ou une intégration directe.

En cas de reclassement dans un corps supérieur, il convient d'appliquer d'autres modalités : concours, examen professionnel.

A la lecture de cette procédure, une question se pose donc : à quel moment l'agent peut-il bénéficier d'une période de préparation au reclassement ?

Compte tenu du silence des textes, deux réponses peuvent être proposées :

- L'agent bénéficie d'une période de préparation au reclassement dès réception de l'avis du médecin du travail ou du comité médical ;
- L'agent bénéficie d'une période de préparation au reclassement uniquement lorsqu'il aura fait sa demande écrite de reclassement.

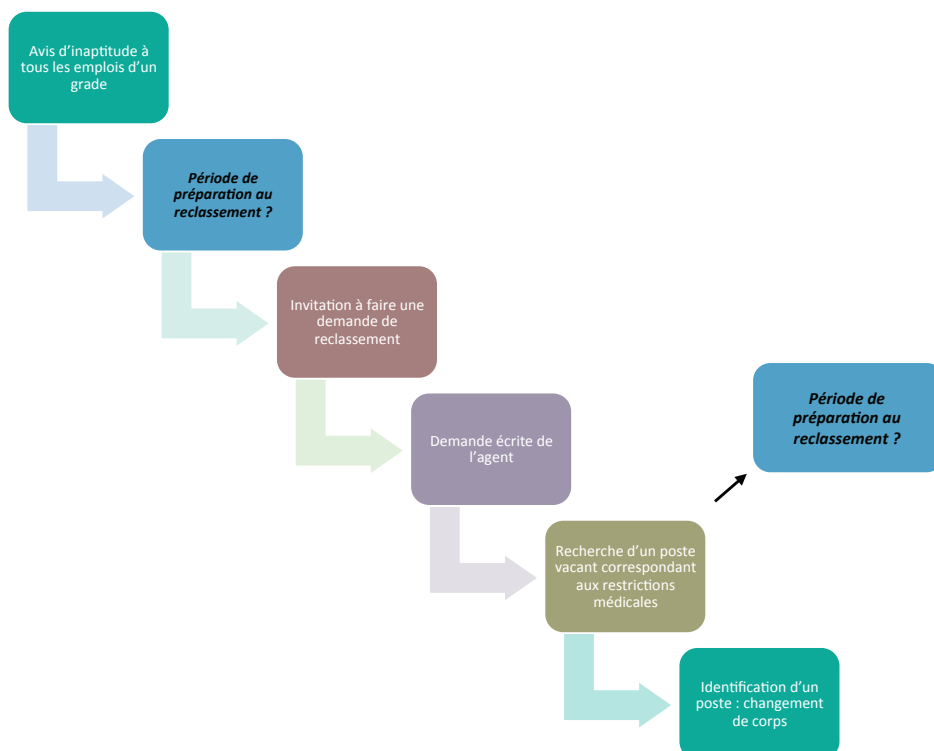
A noter !

L'agent stagiaire au sein de la fonction publique hospitalière ne peut pas prétendre à une période de préparation au reclassement. Effectivement, le Conseil d'Etat dans un arrêt du 17 février 2016 (n° 381429) indique que le principe général de reclassement ne s'applique pas aux agents stagiaires physiquement inaptes à leur emploi compte tenu du caractère probatoire et provisoire de leur situation. Toutefois, il en va différemment lorsque que cette inaptitude physique est imputable au service.

### Quels sont les droits d'un agent bénéficiant d'une période de préparation au reclassement ?

Concernant les droits des agents bénéficiant d'une période de reclas-

- Schéma de synthèse



sement, l'article 75-1 précité indique tout d'abord que l'agent bénéficie « d'un traitement ». Au regard de la rédaction choisie, il est légitime de se demander s'il s'agit du plein traitement ou du demi-traitement.

Egalement, l'ordonnance précise que cette période est limitée à 1 an.

Puis, l'article 75-1 de la loi du 9 janvier 1986 ajoute que « cette période est assimilée à une période de service effectif ». Dès lors, l'agent dispose de ses droits à l'avancement et à la retraite.

Les établissements relevant de la fonction publique hospitalière sont donc en difficulté face à ces nombreuses interrogations. Au regard de cette situation, force est de constater que les établissements ont, soit décidé de ne pas appliquer cette nouvelle disposition, soit l'appliquent, mais à leur manière ... Pour davantage d'égalité entre les agents publics au sein de la fonction publique hospitalière il est donc urgent que des dispositions réglementaires précisant l'application de cette période de préparation au reclassement soient publiées.

# DE LA GESTION DE L'ABSENTÉISME À UN MANAGEMENT DURABLE : UNE ATTENTE FORTE POUR LE CONTRÔLE DE GESTION SOCIALE MAIS DES INFORMATIONS INERTES

Christelle ROUTELOUS

Professeur de sociologie EHESP- EA MOS

Erwan OLLIVIER

Professeur de Contrôle de Gestion EHESP - Consultant

**Les définitions de l'absentéisme sont multiples et la complexité des facteurs qui les produisent amènent à construire des systèmes d'informations très variés. Majoritairement sont retenues des informations très administratives des différentes catégories d'absences (maladies, maternités, accidents du travail...). Nous montrerons que les indicateurs mobilisés en établissements sanitaires et médicosociaux ne permettent pas de mettre en place une véritable politique de maîtrise de l'absentéisme par défaut d'une vision intégrée des enjeux. La mesure des effectifs et de l'absentéisme est centrée sur le suivi de l'inertie et non sur des marges de manœuvre.**

**Cet article réalise un état des lieux des outils et des indicateurs actuellement mis en place pour la gestion de l'absentéisme.**

**Dans le prochain numéro de Santé RH, nous ferons des propositions d'indicateurs et d'actions pour mettre en place une politique transversale qui tient compte des contraintes du travail « réel ». Le contrôle de gestion sociale élargit ainsi son analyse dans une mesure intégrée de l'absentéisme et de sa gestion en permettant un pilotage en soutien à l'organisation du travail.**

L'absentéisme des soignants est un phénomène de forte ampleur. Pourtant le constat est fait que les outils qui permettent de l'évaluer sont frustrés, mal maîtrisés et fabriqués dans des logiques quantitatives mal adaptées à la prise en charge du phénomène. L'absentéisme est une problématique d'organisation du travail qui nécessite une réflexion transversale et intégrée des enjeux de l'absentéisme qui fait encore défaut dans la conception des outils de contrôle de gestion sociale. **Ainsi, les équipes de directions manquent d'outils de pilotage de la GRH et de marges de manœuvre par défaut de données pertinentes disponibles.**

Dans cet article, nous montrerons à travers une analyse de la littérature que la politique de gestion de l'absentéisme menée peut conduire à majorer le problème de l'absentéisme par défaut d'une vision intégrée des enjeux. Ensuite, nous réalisons un état des outils et des pratiques de contrôle de gestion sociale en établissements sanitaires

et médico-sociaux et nous montrerons que les indicateurs mobilisés ne permettent pas de mettre en place une véritable politique active de gestion des ressources humaines.

Dans le prochain numéro de Santé RH, nous ferons des propositions d'indicateurs pour mettre en place une véritable politique intégrée de l'absentéisme qui tient compte des enjeux du travail « réel ». En effet, la continuité du service et les pénibilités spécifiques du secteur sont à prendre en compte pour mener un pilotage de la performance qui ne se pense plus seulement en contrôle mais qui se fait aussi en soutien aux équipes.

## Limites pragmatiques et culturelles du traitement de l'absentéisme

**La lutte contre l'absentéisme, victime d'une approche quantitative et univariée**

L'absentéisme reste un phénomène complexe à appréhender, en dépit de nombreuses productions sur le sujet.

L'absentéisme a fait l'objet d'une abondante littérature internationale, puisqu'en une vingtaine d'année ce sont près de 500 articles, livres et chapitres qui traitent de l'absentéisme qui ont été produits.

En France cela reste un phénomène qui a été assez peu étudié. Pourtant, l'absentéisme est une préoccupation majeure pour le pilotage RH tant l'impact financier et humain est important. L'absentéisme est une forte préoccupation pour les managers car le phénomène induit des variations non anticipées des effectifs qui perturbe l'organisation du travail. Selon les données issues des bilans sociaux rassemblés par l'ATIH (rapport sécurité sociale, 2014), le taux d'absentéisme moyen atteint 7 % dans les hôpitaux publics, essentiellement liées aux absences de plus de six jours. Elles sont plus fréquentes parmi le personnel non médical (7,4 %) (dont personnel de soins (8,1 %)) que chez le personnel médical (2,8 %). Le nombre moyen de jours d'absences par agent est de 27 jours pour le personnel non médical. Au sein d'une même catégorie d'établissements, l'absentéisme varie du simple au double. La diversité des situations souligne les marges de progrès à mobiliser par une politique active de lutte contre l'absentéisme qui tient compte des contextes de travail et de la nature du travail réalisé. Ces perspectives doivent inciter les établissements à en analyser les causes et à formaliser un plan d'actions détaillé, visant notamment les métiers à forte pénibilité.

La pénibilité physique et psychique du travail a progressé du fait de l'évolution de profils des résidents reçus dans les établissements de santé et EHPAD qui nécessitent plus d'aide pour les actes de la vie quotidienne. D'après le rapport 2016 de l'Assurance Maladie, les métiers d'aide et de soins à la personne présentent un sur-risque en matière de lombalgie. La fréquence des accidents est particulièrement forte pour les services à la personne. Ils sont principalement dus à la manutention manuelle de personnes et aux chutes. Ainsi, la pén-

bilité physique et psychique du travail auprès des usagers en perte d'autonomie est à intégrer comme facteur de dégradation des conditions de travail qui impacte directement l'absentéisme. Reste que dans le cadre d'une politique de maîtrise et de prévention de l'absentéisme, il manque aux managers des marges de manœuvre. En effet, le contexte de réformes successives du secteur de la santé donnent à la fois des objectifs de croissance constante de l'activité<sup>1</sup>, de réductions des déficits, des exigences de continuité de service public et une demande de qualité accrue qui serait propice à la survenue de situations d'absence répétées et à un accroissement du phénomène d'absentéisme<sup>2</sup>.

Les outils qui permettent d'évaluer l'absentéisme sont frustrés, mal maîtrisés et fabriqués dans des logiques quantitatives mal adaptées à la prise en charge du phénomène. Les définitions de l'absentéisme sont multiples et la complexité des facteurs qui les produisent amènent à construire des systèmes d'informations très variés. Majoritairement sont retenues des informations très administratives des différentes catégories d'absences (maladie, maternité, accidents du travail...) ou des grades concernés. Les analyses relatives à l'absentéisme retiennent une acception univariée de l'absentéisme (analyse de l'impact d'une seule variable, comme par exemple l'âge ou le sexe de l'agent, son statut...). Or, la littérature nous montre que l'étude des causes de l'absentéisme est un sujet complexe du fait de la variété des facteurs mis en évidence.

### Une logique de prévention centrée sur la santé au détriment d'une réflexion sur le travail

De nombreux travaux ont insisté sur la vacuité des modèles et des théories univariées et appellent à explorer les caractéristiques particulières de l'activité.

Quatre catégories de facteurs d'absentéisme sont synthétisées par Bouville (2009) :

(1) Routelous, C., (2013), L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs, Quaderni, 3, n° 82, 5-16.

(2) Routelous, C., (2014) Ce que les indicateurs qualité nous disent des politiques publiques et de la profession médicale, Quaderni, n°85, automne, 5-8.

1) l'approche personnelle (la grossesse, la dépression, l'ancienneté et les responsabilités familiales, les revenus du ménage)

2) l'approche attitudinale : satisfaction, engagement au travail, stress et burn-out

3) l'approche organisationnelle : horaire de travail, latitude de décision, manque de récompense, environnement de travail, harcèlement moral

4) l'approche médicale : charge de travail, postures inadaptées...

On peut souligner cinq problématiques organisationnelles en lien avec l'absentéisme : 1) une organisation du travail mal précisée ; 2) des règles de planification du travail fluctuantes ou floues ; 3) l'éloignement du terrain des directions et des cadres qui par ailleurs ont des périmètres d'intervention mal définis ; 4) des routines d'auto-organisations dangereuses pour la santé des agents ; 5) une très forte sollicitation des personnels soignants. Ainsi, quel que soit le choix du mode de remplacement mobilisé, il faut pouvoir faire preuve d'objectivité quant aux choix opérés et se doter pour cela de véritables outils de suivi des actions, en temps réels. Il faut également opérer une réflexion transversale qui intègre à la fois les caractéristiques des conditions de travail et les facteurs de dégradation de ces dernières.

Ainsi, les dispositifs mis en place pour compenser les effets de l'absentéisme favorisent pour partie son aggravation. L'absentéisme est alors en partie auto-alimenté par les mécanismes de gestion du phénomène. D'après les analyses aucune solution organisationnelle n'est idéale en matière de remplacement. Chacune apporte un certain nombre d'effets négatifs et de coûts cachés. Quatre stratégies principales de remplacement sont mobilisées dans les établissements de santé : 1) des « pools de remplacement » entièrement dédiées aux remplacements des personnels soignants absents ; 2) l'appel systématique de personnels contractuels remplaçants

dès qu'une absence survient et ceci dès le premier jour d'arrêt. Un agent contractuel, c'est-à-dire recruté pour une durée déterminée, remplace un soignant titulaire ; 3) l'élasticité des personnels titulaires, autrement dit la possibilité de faire varier les amplitudes horaires ou les jours de prise des congés et RTT des titulaires et 4) le non remplacement et non atteinte de l'effectif théorique. En effet, des phénomènes d'autorégulation des équipes apparaissent, réalisés de manière totalement ascendante et non hiérarchique, pouvant mettre les soignants dans des situations complexes d'hyper-sollicitations et d'épuisements professionnels. Les modifications intempestives des plannings entraînent des mécontentements de la part des soignants sollicités pour pallier au manque d'effectifs soit en revenant sur des jours de repos, soit en acceptant de faire des heures supplémentaires.

Les mesures d'accompagnement observées paraissent partiellement inadéquates. On distingue trois niveaux de gestions des risques : 1) les actions tertiaires regroupent les actions servant à réparer les effets avérés (aménagement de postes...) ; 2) les actions secondaires visent à accompagner les salariés pour mieux faire face aux risques (formations gestes et postures...); enfin 3) les actions primaires cherchent à prévenir ou supprimer les facteurs de risque existants. Ces dernières ne sont pas aisées car elles demandent des actions sur l'organisation qui peut sembler difficilement réalisable selon le contexte.

**Les actions de lutte contre l'absentéisme engagées se rapportent principalement à l'approche médicale, au travers d'actions de prévention tertiaire et secondaire des risques.** Or, la médicalisation de la question déplace le traitement des symptômes hors du champ de l'organisation faisant perdre du même coup l'opportunité de transformer celle-ci de l'intérieur et de l'intégrer dans une problématique managériale globale. **L'enjeu est de remonter des effets constatés du travail sur la santé aux phénomènes**

**organisationnels qui en sont à l'origine, puis d'arriver à transformer ces derniers.**

Dans ce sens, pour l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, il est nécessaire de croiser les données sur l'absentéisme avec les caractéristiques des situations de travail. L'ANACT souligne le fait que « l'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradations des conditions de travail entendues au sens large (les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc.) ».

Il convient ainsi d'intégrer une réflexion sur la qualité du management du travail et sur le soutien au travail fourni par l'équipe de direction et l'encadrement de proximité dans les choix opérés en matière de remplacement ou de non remplacement, comme en matière de maîtrise de l'absentéisme. La reconnaissance du travail réalisé et le feedback, le soutien face aux difficultés du travail par la hiérarchie, l'association aux projets transversaux, la responsabilisation des équipes, le développement personnel, la qualité des relations de travail ; sont autant de facteurs à prendre en compte pour mettre en place une démarche préventive en matière de maîtrise de l'absentéisme et plus largement pour favoriser un management salutogénique<sup>3</sup> (Abord de Chatillon et Richard, 2015).

Nous venons donc de voir qu'il importe que le regard porté sur ces enjeux dépasse une gestion de l'absentéisme strictement quantitative. Les outils attachés aux mesures de l'absentéisme existantes ne correspondent pas à ce dont ont besoin les managers des établissements de santé et les directions des ressources humaines pour traiter de la question de l'absentéisme. Les éléments qui apparaissent comme autant de leviers pour juguler l'absentéisme ne sont pas intégrés dans les tableaux de bord du contrôle de gestion

sociale des établissements de santé. Ces constats invitent à penser des actions pour réduire ces facteurs de dégradations des conditions de travail en même temps que des actions qui viseraient une meilleure connaissance de l'état de la situation de l'absentéisme dans les services. Dans le prolongement de ces réflexions nous pensons qu'il convient de développer des indicateurs qui renseignent les directions sur la charge de travail des individus en lien avec la qualité de travail défendue par le professionnel. Nous pensons qu'il est nécessaire de soutenir une politique de prévention et de maîtrise de l'absentéisme en développant des indicateurs standardisés et opérationnels qui intègrent les contraintes du quotidien des soignants et de l'organisation du travail. Ces outils peuvent alors devenir le support à des réflexions collectives à des actions de prévention primaire contre l'absentéisme, où sont pensés des actions sur l'organisation du travail qui permettent une soutenabilité et un engagement au travail des agents.

Nous allons d'abord revenir sur les constats réalisés sur le terrain et proposer ensuite de nouveaux outils de contrôle de gestion sociale qui permettent de rendre compte des caractéristiques des situations de travail et des facteurs de dégradations des conditions de travail afin d'aider l'encadrement à retrouver un rôle de soutien des équipes dans l'organisation du travail « réel ».

### Méthodologie

Notre travail exploratoire repose sur une analyse des indicateurs de contrôle de gestion sociale, réalisé dans 85 établissements publics de toutes tailles sur la France entière.

Comme nous le rappelle Lorino<sup>4</sup> (2008), une recherche sur les indicateurs de performance peut analyser la manière dont ils sont conçus, produits et interprétés mais toute véritable compréhension de leurs effets exige d'étudier l'activité à laquelle ils s'appliquent et les effets qu'ils induisent sur elle.

(3) Abord de Chatillon, E., Richard, D., (2015) « Du sens, du lien, de l'activité et de confort (SLAC). Proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le SLAC », Revue française de gestion, 4 (N°249), p. 53-71.

(4) Lorino, P. (2008). Méthodes de recherche en contrôle de gestion : une approche critique, Finance-Contrôle-Stratégie, 11 (numéro spécial, août), 149-175



Ainsi nous avons d'abord fait renseigner des grilles de recueil de données par des élèves directeurs d'établissements médico-sociaux et sanitaires en stage de professionnalisation (les grilles reprenaient l'ensemble des dimensions SQVT et prévention des RPS proposées par l'ANACT et le ministère de la fonction publique territoriale : étaient donc demandés l'ensemble des dimensions potentiellement mobilisables dans un travail de prévention de l'absentéisme). Ce travail exploratoire nous a permis d'obtenir les données accessibles dans les organisations et les tableaux de bord actuellement élaborés (lorsqu'ils existent). Ensuite, le travail a donné lieu à une approche comparée au travers de 6 focus-groupes de 4 heures de discussion chacun, qui ont permis de mettre à jour les limites des modalités de contrôle de gestion sociale actuelle et de croiser les stratégies locales en la matière. Chaque groupe a produit ensuite une synthèse des débats pour proposer des actions correctives des systèmes d'informations existants. **Ce travail nous permet de faire le constat d'une inadéquation des outils à disposition avec une stratégie plus intégrée et éclairée sur les enjeux liés à l'absentéisme.**

La nature collective de notre travail nous fait espérer pouvoir contribuer à la transformation effective des pratiques en répondant ainsi à un impératif de légitimation sociale et d'utilité. Ainsi le dernier temps de l'enquête a consisté à produire des outils qui évitent les écueils repérés dans les modalités du contrôle de gestion sociale et de veiller à la cohérence des indicateurs sélectionnés.

### **Le constat d'outils inertes ne permettant pas d'opérer des choix éclairés en matière de GRH**

Pour piloter les effectifs et gérer la masse salariale, un DRH a besoin d'informations en quasi temps réel sur la situation des effectifs et de l'activité réalisée en cours. Ces informations doivent lui permettre d'ajuster

les effectifs présents avec la prestation réalisée. Cette adéquation permanente de ces deux variables est une garantie de bonne gestion budgétaire mais également de la soutenabilité du travail.

Le potentiel d'agents présents est directement influencé par leur absentéisme. La mesure et gestion de cette variable devient alors un enjeu primordial pour les cadres en RH. Pour décider de manière éclairée il est donc nécessaire de disposer d'informations automatisées sur les marges de manœuvre. **Un manque d'informations de pilotage pour les DRH et les cadres d'unités a été signifié par les données traitées pour cette étude.** Or, le contrôle de gestion a pour but d'éclairer les prises de décision des différents managers.

Une spécialisation du contrôle de gestion est née dans les fonctions RH afin d'aider les décisionnaires dans leur pilotage des effectifs. La fonction consiste à construire des indicateurs de mesure financiers et des volumes des effectifs, extraire ces données, les analyser, et communiquer aux décideurs un éclairage chiffré et significatif.

### **Des tableaux de bord « inertes »**

Les indicateurs classiques que l'on observe couramment dans les tableaux de bord sociaux sont les suivants : taux d'absentéisme, nombre total de jours d'absences ( par motifs, par structures, par catégories et par ETP), fréquence des arrêts, taux d'absentéisme court et long, durée moyenne des absences par catégories, par grades, par genres, durée moyenne par agents absents, etc. Ces indicateurs sont présents dans le Bilan Social des structures de plus de 300 salariés.

Un tableau de bord est réalisé pour engendrer une action – réaction de la part du décideur. En pratique, l'indicateur du nombre de jours d'absence par agent peut-il réellement mener à une action concrète directe par un DRH à court ou long terme ? Si ce chiffre d'absences passe de 15 jours à 17 jours, quelle action peut être générée sur ces deux jours moyens supplémentaires ? Cette progression

a parfois pour origine un contexte de longue maladie, des maternités plus fréquentes, un contexte exceptionnel d'épidémie ... Encore une fois, quelle démarche un DRH peut-il mener sur ce constat du quotidien ? Les arrêts sont généralement justifiés par un médecin. Sans être naïf sur cette légitimité légale systématique, celle-ci existe et n'est pas contestable par un DRH. **La durée des arrêts n'est donc pas directement influençable.**

Les indicateurs traditionnels de mesure et de suivi d'absentéisme sont plus ou moins complexes à élaborer mensuellement ou annuellement. Avant de passer du temps pour les générer, la question de l'utilité est primordiale. Avant de chercher à comprendre les variations d'indicateurs, ses atypies, la véritable question que l'on se pose en contrôle de gestion est de savoir si l'indicateur est maîtrisable, sujet à l'action par le décideur.

La maîtrise de la masse salariale est directement influencée par l'évolution de l'absentéisme sur les différents exercices. En effet, le passage de 5% à 6% d'absentéisme maladie aura forcément un impact significatif sur le budget RH des personnels d'un établissement de santé. Les tableaux de bord sociaux intègrent donc systématiquement en parallèle des mensualités rémunérées (ou équivalents temps pleins rémunérés), l'indicateur du taux d'absentéisme. Il se définit par le rapport entre les jours d'absences maladies (ordinaire, accidents du travail, maladie longue durée et longue maladie) et maternités divisés par les journées totales des agents rémunérés. Cet indicateur est effectivement utile pour un DRH mensuellement mais est-il suffisant ? Peut-il réellement conduire à une action de court terme ? À ce jour, cette mesure des effectifs et de l'absentéisme repose sur un axe exclusivement quantitatif, volumique, et trop souvent centré sur le suivi de l'inertie et non sur les marges de manœuvre.

Ces indicateurs calculés et présentés couramment dans l'analyse de l'absentéisme des personnels favorisent l'inertie<sup>5</sup>.

Un tableau de bord « inerte » se limite à étudier le quotidien et non le potentiel d'action pour le piloter. Cette approche de l'outil ne donne pas de moyens réels d'actions et de décisions aux décideurs. En effet, l'indicateur du taux d'absentéisme n'est que l'illustration d'une proportion de personnes en arrêt. Quelle interprétation peut-on réellement faire d'une baisse de l'absentéisme passant de 7% à 6% ? La situation est-elle meilleure pour les personnels au travail ? Le climat social s'améliore-t-il ? Est-ce annonciateur d'une baisse à long terme ? Y a-t-il eu un impact réel au niveau financier ? Autant de questions qui restent sans réponse au constat des chiffres. On peut donc s'interroger sur les conclusions qu'un DRH peut en tirer comme enseignement dans son quotidien et comment s'en servir comme outil de pilotage ? De même, d'un point de vue financier, la baisse de l'absentéisme n'est pas gage d'une meilleure maîtrise de la masse salariale. Il est possible d'observer une diminution de l'absentéisme d'une structure sans aucun impact financier. Une baisse des absences réelles non corrélée avec le volume des moyens de remplacements ne génère aucune économie financière.

Le premier écueil que nous soulignons ici est que **les indicateurs utilisés pour présenter l'absentéisme sont selon nous inertes car ils sont sans réelle possibilité d'action de court terme.**

### Des tableaux de bord souffrant d'infobésité

Certains tableaux de bord sociaux sont touchés également par la surcharge informationnelle : l'infobésité<sup>6</sup>. Lors de ces vingt dernières années, la mise en place de systèmes d'information RH s'est amplifiée et a permis l'accès simplifié à ces données. Cette évolution informatique a conduit à une création et à la multiplication de divers indicateurs. La puissance des outils d'informatique décisionnelle (Business Object, Cognos, Qlikview ...) a permis de simplifier la production et l'exploitation des données enregistrées quotidiennement dans les systèmes d'information (SI). L'information étant disponible, exploitable, il est tentant,

(6) Ollivier E., 2017, « Infobésité et Contrôle de gestion : comprendre ce phénomène pour bâtir un Système d'Information Décisionnel (S.I.D.) centré sur l'analyse des marges de manœuvre », Finances Hospitalières, N° 111, mars 2017.

(5) Herriau C., Ollivier E., (2016), « Les tableaux de bord hospitaliers : un malentendu persistant sur leur contribution à la décision prospective », Finances Hospitalières, N° 100, Mars 2016.

voir exigé de la restituer mensuellement. Ainsi, on observe couramment des tableaux de bord sociaux de plus de trois pages, alimentés de dizaines d'indicateurs. L'utilisateur se retrouve alors face à un grand nombre de chiffres et démuné face à ces données à analyser. La surabondance de chiffres va nuire à sa lisibilité. Cette profusion de données pose des questions en termes d'exploitation. Qui peut synthétiser et analyser une telle somme d'informations ? On parle alors d'infobésité. Cette situation ne va in fine conduire l'utilisateur qu'à sélectionner quelques informations et à réaliser une analyse partielle voire tronquée des données.

Le deuxième écueil que nous soulignons ici est donc celui de la surproduction généralisée mensuellement des indicateurs qui rend les documents inexploitable pour le décideur.

### **Des tableaux de bord souffrant d'une présentation statique**

Les destinataires des tableaux de bord ne sont pas forcément des spécialistes des chiffres. Ils ont des besoins d'informations claires et accessibles pour piloter leurs activités dans leurs champs de responsabilité. Leur besoin principal est d'avoir une visibilité sur quelques indicateurs choisis. Ils veulent savoir rapidement si leur situation est favorable selon des indicateurs sélectionnés.

De manière générale, les destinataires des tableaux de bord ne sont pas gestionnaires de formation. En termes de tableaux de bord en ressources humaines, un cadre va souhaiter savoir s'il respecte les consommations d'effectifs accordés (en mensualités) et ses marges disponibles restantes. Il n'aura pas vocation à fouiller les données pour réaliser une analyse approfondie. Le contrôle de gestion cherche à lui présenter les informations essentielles de manière simple et illustrée. La gestion est un domaine qui peut apparaître parfois opaque aux interlocuteurs. La simplicité de présentation et de mise en forme des indicateurs est alors primordiale.

Les différents tableaux de bord sociaux analysés lors de notre étude sont uniquement des tableaux de reporting,

statiques sans vision prospective et des tendances. Il s'agit d'éléments quantitatifs présentés dans des tableaux très statiques comparant deux périodes dans un tableau ou graphique (en barres, en aires, en secteurs ...), et bien souvent non commentés. C'est pourtant cette vision projective qui est utile pour favoriser la prise de décision et la concertation des parties-prenantes.

Le troisième écueil que nous soulignons est que les tableaux de bord n'offrent aucune vision dynamique de tendances, ni de projection vers le futur.

### **Conclusion**

Le management public doit éviter de traiter la question de l'absentéisme à la fois par le prisme d'un réductionnisme psychologique qui évacue tout traitement des causes dans le domaine personnel et éviter une généralisation hâtive de la dégradation de la valeur « travail ». Nous avons souligné le fait que les stratégies actuelles en matière de lutte contre l'absentéisme étaient exclusivement de l'ordre de la prévention secondaire et tertiaire et centré sur le registre sanitaire. En matière de contrôle de gestion, nous avons analysé trois principaux écueils : les indicateurs utilisés pour présenter l'absentéisme sont inertes et sans réelle possibilité d'action de court terme ; la surproduction généralisée mensuellement des indicateurs qui rend les documents inexploitable pour le décideur ; les tableaux de bord n'offrent aucune vision dynamique de tendances, ni de projection vers le futur. Or, l'encadrement doit pouvoir avoir des éléments objectifs pour saisir sous l'angle des relations de travail et du management, la question de l'absentéisme afin d'envisager des réponses institutionnelles adéquates.

Le prochain article dans *Santé RH* de novembre 2017 proposera les indicateurs de pilotage de l'absentéisme qui permettent d'agir efficacement lors d'un dialogue de gestion objectif, ciblé et partagé.

# PARUTIONS

## PLAN NATIONAL D'ACCOMPAGNEMENT À LA MISE EN ŒUVRE DES GHT : RETOURS D'EXPÉRIENCES

ANAP - Juillet 2017

Les lieux et thématiques de ces retours d'expériences ont été identifiés en lien avec la DGOS et les ARS. Ils ont vocation à la fois à promouvoir les travaux réalisés par les établissements et territoires concernés mais aussi à permettre à l'ensemble des GHT de bénéficier d'exemples de coopérations autour du projet médical partagé (filières) ou administratives / techniques / logistiques (fonctions de soutien et de support) afin de leur permettre de s'inscrire eux-mêmes dans des dispositifs comparables mais contextualisés.

## ORGANISATIONS SYNDICALES - CNG

### CHARTRE DE L'ÉTHIQUE ET DE LA RESPONSABILITÉ DES DIRECTEURS DE LA FPH

Organisations syndicales - Ministères sociaux - CNG - juin 2017

Cette charte décline les principes à respecter et les bonnes pratiques à promouvoir pour l'exercice de la fonction de direction (chef d'établissement et/ou adjoint, directeur des soins), les relations internes à l'équipe de direction et avec l'ensemble des collaborateurs tout autant que les relations avec les représentations institutionnelles et professionnelles internes et les autorités publiques externes en charge de tutelle, de contrôle et de tarification.

## TURNOVER ÉLEVÉ DU PERSONNEL SOIGNANT DANS LES EHPAD PRIVÉS EN FRANCE : IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT LOCAL ET DU SALAIRE

Cécile Martin et Mélina Ramos-Gorand - Economie et statistiques - Insee - Juillet 2017

Les départs fréquents d'infirmiers et d'aides-soignants travaillant en Ehpads, souvent déterminés par l'environnement local, dégradent la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Ils pourraient être réduits par une hausse de l'encadrement en personnel et des salaires des aides-soignants.

# AGENDA

Date	Événement	Lieu	Contact
20 octobre 2017	Résilience des établissements sanitaires et médico-sociaux	Paris	SFMC

Santé RH est une publication mensuelle éditée par **INFODIUM** - SAS au capital de 37 000 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - [www.infodium.fr](http://www.infodium.fr)  
**tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60** [contact@infodium.fr](mailto:contact@infodium.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 - Mise en page : Yohann Roy, Publiatis - Abonnement et publicité : Nadine Giraud  
 11 numéros par an - Abonnement 295,00 euros par an  
 Prix au numéro : 34 euros - n° de CPPAP 0121 1 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 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris  
TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60

86M

**1 an, 11 numéros,**  
**et l'accès au site**  
**[www.sante-rh.fr](http://www.sante-rh.fr)**  
(consultation de la base de données)  
au prix de **295 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :  
 Chèque à l'ordre d' **INFODIUM**  
 Je souhaite une facture justificative  
 Mandat administratif/à réception  
de facture

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 00038  
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du 1<sup>er</sup> Janvier 2017 au 31 Décembre 2017.

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