

ÉDITORIAL

Relever le défi d'un monde qui change : les acteurs RH répondront présents

Il y a quelques semaines encore, il semblait que nous sortions, probablement pour de bon, de la plus grande crise que le système sanitaire ait eu à connaître depuis la Seconde Guerre mondiale. La COVID-19, qui a si durement atteint nos organisations et questionné tant de professionnels sur leur rôle, sur la place de l'hôpital public, sur le sens et les valeurs de leur travail, semblait avoir été le pic des difficultés rencontrées par notre génération.

Il n'aura fallu que quelques semaines, pourtant, pour que les deux grands défis de notre temps se rappellent à nous. D'un côté, les catastrophes naturelles et les perturbations de notre environnement viennent rappeler à quel point le changement climatique est à l'œuvre, et que si rien n'est fait, les conséquences du réchauffement ne seraient plus maîtrisables : nouvelles épidémies, amplification des phénomènes naturels, dégradation de notre cadre de vie et de notre niveau de santé global.

À cette grande difficulté vient se surajouter un phénomène que nous pensions encore plus loin, celui du mur démographique. L'accélération de la transition démographique, un peu partout dans le monde, ainsi que le déclin de la natalité à des niveaux inédits, le fameux « *silver tsunami* » qui a déjà touché des pays aussi divers que le Japon, Singapour ou l'Italie, pourrait amputer, à horizon 2070, les 1,3 milliards d'habitants de quelques 450 millions de personnes.

Moins nombreux, plus âgés, probablement plus malades car confrontés au réchauffement climatique, les femmes et les hommes de demain devront nécessairement compter sur un système de santé agile, efficace, économe de ses ressources, au risque de voir ce dernier s'effondrer, ou absorber l'intégralité de la société, réduite à un grand service de soins.

Ce challenge n'est pas si lointain : la génération Y née dans les années 80 abordera les 80 à 90 ans dans cette décennie 2070, moins que le temps d'une vie pour transformer radicalement la société qui nous entoure et remporter la lutte contre les défis du temps. La dimension majeure du changement implique que nous travaillions dès aujourd'hui à l'émergence des solutions de demain, tout en faisant œuvre de conviction à destination de nos contemporains.

Dans ce cadre, les ressources humaines sont au centre du dispositif : mener le dialogue, fluidifier et agiler les organisations, faire œuvre de conviction, proposer, qui des nouvelles façons de faire équipe, qui des nouveaux outils qui simplifient et rendent plus efficace le travail en commun, nous aurons besoin d'acteurs RH engagés, qu'ils soient directeurs, attachés, directeurs des soins, cadres de tous niveaux et de toutes fonctions. Il nous revient de créer le mouvement, puis d'agrèger les plus convaincus dans ce qui sera, sans nul doute, le grand héritage que nous devons laisser aux générations futures, et faire grandir le système de santé dans son ensemble.

Matthieu GIRIER

Président de l'ADRESS

SOMMAIRE

● STRATÉGIE & PILOTAGE

Les facteurs de succès et d'échec de la GTT dans les hôpitauxp2

● PROSPECTIVE & MANAGEMENT

Conciliation locale : comment mettre en place la gestion des conflits personnels interprofessionnels au niveau d'un établissement ? Cadrage et enjeuxp10

● JURISPRUDENCE

Modalités d'indemnisation de congés non pris pour raisons de santép14

Temps de travail - Définition des heures supplémentairesp16

● VEILLE RÉGLEMENTAIRE

.....p17

● VEILLE DOCUMENTAIRE

.....p20

TEMPS DE TRAVAIL

Les facteurs de succès et d'échec de la GTT dans les hôpitaux

La gestion des temps et des activités est une composante essentielle au vaste domaine du système d'information de gestion des ressources humaines (SIRH), bien qu'elle soit souvent considérée comme une extension de la gestion de la paie ou une simple activité de planification. Sur le terrain, il est couramment affirmé par les experts que les projets liés à la GTA sont généralement longs et complexes, car ils combinent les exigences réglementaires avec les défis organisationnels.

Dans le domaine hospitalier, les projets de Gestion des Temps et Activités (GTA), également appelés Gestion des Temps de Travail (GTT), sont reconnus pour leur complexité et sont régulièrement intégrés dans les grandes réformes mises en place par l'État pour améliorer les conditions de travail du personnel hospitalier, particulièrement affecté par la crise sanitaire liée au COVID-19. Il est également important de prendre en considération la complexité des processus dans ce secteur, qui inclut des règles de gestion spécifiques pour le personnel médical et d'autres pour le personnel non médical. Ainsi, il est essentiel, dès le début du projet, de répartir adéquatement les ressources humaines et matérielles nécessaires et de choisir soigneusement la solution jusqu'à son intégration et son appropriation.

Une gestion inadéquate à une ou plusieurs étapes du projet peut entraîner des échecs coûteux pouvant nuire à l'image et à la crédibilité des équipes dirigeantes. Ces enjeux mettent en évidence certains risques et obstacles prévisibles si ce type de projet n'est pas géré avec rigueur. Dès lors, il convient de s'interroger sur les facteurs déterminants pour assurer le succès d'un projet lié à la Gestion des Temps de Travail dans le milieu hospitalier.

L'objectif de cet article est d'exposer l'importance d'accompagner les hôpitaux dans leurs projets de Gestion des Temps de Travail (GTT). Il présentera les constatations effectuées, les objectifs visés ainsi que les différentes étapes du projet et les risques associés, tout en abordant les coûts impliqués. En conclusion, il sera mis en avant l'intérêt d'une expertise spécialisée dans ce domaine afin de prévenir d'éventuels échecs tout en maintenant efficacité et crédibilité.

Jean-Pierre DANOS

Cabinet Albédo Conseil

Adel BENNABI, Xavier MAUDET et Justine PERRON

Cabinet Althéa

Les constats actuels sur les projets GTT, leur conduite, leur succès ou leur échec

Les projets de Gestion du Temps de Travail (GTT) sont récurrents dans les hôpitaux français. Plusieurs facteurs générateurs induisent ces travaux : arrivée d'un nouveau DRH, tensions sociales autour des *plannings*, mise en place d'une direction commune ou harmonisation des politiques de GRH au sein d'un GHT, logiciel obsolète, négociations du SEGUR, etc. Cependant, force est de constater que nombre de ces projets connaissent de fortes turpitudes et aboutissent parfois à des échecs retentissants ou des demi-succès.

Ces projets portent sur des périmètres plus ou moins larges en matière de GTT : formation des cadres à la réglementation, mise en place de roulements et de cycles de travail, changement de logiciel, clarification des règles internes de gestion du temps via un règlement intérieur ou un guide GTT.

Des durées de projet prévisionnelles parfois délirantes

On assiste dans certains cas à des délais fixés complètement impossibles : on peut voir un CHU ou un gros CH annonçant des calendriers de six à huit mois pour l'achat et l'implantation d'une nouvelle application pour la gestion des plannings. Autant dire que ces annonces montrent soit le manque de compétences ou de technicité des initiateurs, soit leur optimisme excessif ou encore le manque d'étude de ces projets et ce qu'ils impliquent. Il y a dans ce cas une sous-évaluation par certaines directions de la complexité des projets GTT. Dans ce cas, ces projets peuvent générer une sorte de chaos ou de désorganisation, les délais étant impossibles à respecter, ce qui est assorti assez souvent d'une forte résistance au changement, en particulier des cadres.

Des durées de réalisation réelles des projets tout aussi délirantes (quelques années)

Si l'on assiste d'un côté à des prévisions sur les durées de projet trop courtes, on voit à l'inverse des projets de GTT et notamment de changement de logiciel pouvant s'étaler sur cinq, huit voire dix ans. Dans ce cas, on observe une dilution des effets positifs de ces projets et une montagne d'obstacles dans la mise en œuvre qui peinent à être résolus rapidement. On peut citer quelques exemples extrêmes comme cet important établissement qui a mis plus d'un an pour reparamétrer les compteurs de consommation des RTT à 7 heures (alors qu'ils étaient comptés 7 h 30) ou encore cet autre hôpital qui depuis plusieurs années a le plus grand mal à avoir un compteur fiable pour le nombre de dimanches et jours fériés travaillés qui donnent droit aux 11 fériés et aux deux journées pour sujétion.

Des choix d'éditeurs de logiciel qui se révèlent des échecs, parfois retentissants

Certains choix d'éditeurs aboutissent à des échecs ou à des demi-succès. Les difficultés principalement rencontrées portent sur :

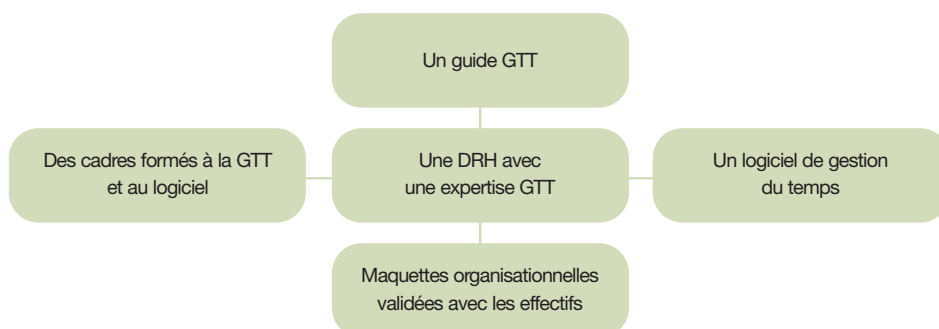
- Un logiciel inadéquat ou inadapté : en règle générale des éditeurs avec peu de références dans le secteur sanitaire et médico-social voire inconnus dans ce secteur. On peut aussi s'interroger sur la qualité du cahier des charges et de l'appel d'offres et donc du processus d'achat ;
- Le niveau d'accompagnement demandé et/ou apporté, parfois insuffisant ;
- La qualité du service apporté par l'éditeur pour la mise en place de l'informatisation : certains prestataires n'arrivent pas à suivre en termes de compétences, de délais, d'adaptation des paramétrages ou de petit développement, etc.

L'étape du paramétrage du logiciel insuffisamment étayée par un travail préalable sur les règles et méthodes de décompte du temps de travail

D'après notre expérience en matière d'audits du temps de travail, il ressort que près de 80 % des établissements hospitaliers ont des paramétrages et donc des règles de décompte du temps de travail erronées ou dans de mauvaises pratiques : les erreurs les plus fréquemment observées portent sur la confusion entre l'obligation annuelle en temps de travail effectif (ce que doit en principe calculer et suivre le logiciel de gestion des *plannings*) et le temps de travail rémunéré, le mélange de plusieurs compteurs sur un seul compteur (on ne sait pas alors avec certitude ce que l'on mesure et où on en est), les coefficients correcteurs pour le suivi du temps de travail des agents qui alternent jour et nuit, le décompte des absences, etc. Cela provient d'un manque de travail préalable au paramétrage, à savoir la clarification des règles et méthodes de décompte du temps. Ces questions devraient être traitées dans le cadre de la rédaction d'un guide GTT, à partir duquel on pourra établir le cahier de recettes du processus d'informatisation. Or, il ressort que soit le guide GTT n'existe pas, ou il est très succinct ou encore il est un simple recueil des règles juridiques et administratives : en clair il n'est pas orienté gestion opérationnelle et décompte du temps de travail.

La question du périmètre et des différents volets du projets, éviter le tout technique ou le logiciel qui va tout solutionner

Beaucoup trop de projets GTT sont réduits à l'achat d'un logiciel. Or, la GTT repose à notre sens sur cinq piliers :



Le déficit de méthode et d'approche en gestion de projet et de conduite du changement intégrant les différents volets ou dimensions d'un projet GTT

Même si on note de sensibles améliorations depuis une vingtaine d'années, il y a encore trop de projets GTT abordés sans ou avec peu de méthode. Ainsi un DRH d'un hôpital important s'est fixé dans un premier temps d'informatiser en six mois la gestion des *plannings*, puis face aux résistances des cadres, leur a proposé une formation sur la règlementation express. Quand il a fallu rentrer les cycles dans le logiciel, il s'est rendu compte qu'il n'y en avait pas dans l'établissement : il a alors lancé une formation sur ce thème mais uniquement pour les cadres supérieurs. Ces derniers ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas faire les cycles de toutes leurs équipes, on a alors formé l'ensemble des cadres pour cela. À ce moment-là, on a découvert qu'il n'y avait pas vraiment de maquettes organisationnelles : on a demandé à la direction des soins d'y travailler. Enfin, au final, les cadres ont été demandeurs de règles internes claires : un groupe de travail a été créé sur la rédaction d'un règlement intérieur sur le temps de travail. Finalement, le projet s'est étalé sur près de trois ans et a créé de nombreuses tensions. Les projets qui réussissent le mieux commencent par un audit ou un état des lieux, la mise en place de structures de projet (comité pilotage, groupe de travail, chef de projet, etc.) et de dialogue social et la mise en place d'une véritable démarche de projet.

Le manque de structuration et/ou d'expertise sur la GTT à la Direction des Ressources Humaines

Quand on veut professionnaliser et structurer les processus de GTT, il importe d'étudier au préalable si la DRH dispose d'une expertise interne sur ces questions et si elle est bien organisée à ce niveau (responsable ou référent GTT, cellule GTT, outils et procédures, guide GTT, coordination en place avec l'éditeur à la direction des systèmes d'information, etc.). Dans le cas contraire, il faut prévoir tout cela : en effet, aucun projet sur le temps de travail ne pourra réussir s'il n'est pas piloté stratégiquement et opérationnellement par la DRH (en lien avec les autres directions et l'encadrement).

Un ou plusieurs changements de directeur ou de chef de projet en cours de route

Autre difficulté qui apparaît notamment dans les gros centres hospitaliers ou les CHU : il s'agit du *turnover* des DRH, des adjoints ou des cadres en charge de ces projets. Dans ce type d'établissement, les projets ont déjà tendance à être plus longs. Les changements des initiateurs et des directeurs ou chefs de projet sur la GTT peuvent avoir des conséquences néfastes : perte de temps, arrêt du projet, changement d'objectifs ou de méthode, etc. Pour autant, dans certains projets enlisés, ces changements peuvent au contraire relancer une dynamique et une structuration positive.

Le projet

Le lancement d'un projet de GTT dans un établissement hospitalier doit impérativement être correctement structuré en amont, nécessitant ainsi une réflexion préalable sur plusieurs aspects essentiels :

- Les objectifs du projet ;
- Les grandes étapes et leurs impacts ;
- Les acteurs à mobiliser.

Une analogie pertinente peut être faite avec la construction d'une nouvelle aile dans un hôpital. Avant de débiter les travaux, il est crucial de déterminer l'usage prévu de cette nouvelle aile, de concevoir les plans et de faire appel aux entrepreneurs nécessaires. De la même manière, un projet de mise en œuvre de la GTT doit suivre ces grandes étapes pour assurer sa viabilité et son succès.

Les objectifs du projet

Dans tout projet, la définition des objectifs est cruciale. Lorsqu'il s'agit de mettre en place un système de gestion du temps de travail, cette étape revêt une importance particulière, car elle touche l'ensemble des individus travaillant au sein de l'établissement. De plus, la GTT peut rapidement devenir un sujet socialement sensible, car elle repose souvent sur des accords ou des pratiques établies, difficiles à modifier ou à remettre en cause.

Il est donc impératif, avant de lancer un tel projet, de bien définir les objectifs à atteindre. Ces objectifs peuvent par exemple concerner les points suivants :

- Amélioration de la gestion du temps de travail : En France, la GTT est soumise à de nombreuses réglementations, dont le respect est indispensable, tant d'un point de vue légal qu'humain. Les règles relatives au temps de travail doivent garantir, par exemple, aux praticiens et aux agents l'exactitude du décompte de leur temps de travail au regard de la réglementation, ou encore un équilibre entre leur temps de travail et leur temps de repos, essentiel à la qualité des soins prodigués aux patients ;
- Optimisation des *plannings* : La continuité des soins est l'un des défis majeurs pour les hôpitaux, et une planification efficace est essentielle pour y répondre. Idéalement, la planification doit permettre aux différents services de fonctionner avec des équipes suffisantes, évitant ainsi une gestion en flux tendu, afin de garantir la continuité du service et la qualité des soins. Il est donc impératif de placer cet aspect au cœur des réflexions et des objectifs d'un projet de GTT ;
- Amélioration de la qualité des données : Garantir l'exactitude des données RH est primordial. En effet, la qualité des données de gestion des temps conditionne, par exemple, la justesse des paies, contribuant ainsi à instaurer un climat de confiance au sein de l'établissement. Cet aspect est également essentiel pour produire des *reportings* fiables, indispensables à la construction du budget.

Ces trois grands thèmes ne sont bien entendu pas exhaustifs, mais ils illustrent clairement que la définition des objectifs en amont influence l'ensemble du projet, depuis le choix de la solution de GTT jusqu'à l'implication des acteurs concernés. Par exemple, si la gestion des *plannings* représente un point de friction et devient un enjeu majeur, il sera essentiel de sélectionner un outil capable de s'adapter aux pratiques spécifiques de l'établissement. De plus, il faudra impliquer les acteurs clés, tels que les cadres ou les chefs de service, pour élaborer un cahier des charges pertinent et adapté.

Les grandes étapes et leurs impacts

La conduite d'un projet de Gestion du Temps de Travail (GTT) passe par plusieurs étapes clés, chacune ayant un impact non seulement sur l'équipe projet, mais également, à terme, sur l'ensemble des utilisateurs. Parmi ces phases, on peut citer :

Préparation à la conception

Cette phase a pour objectif de cadrer et clarifier en amont les règles de gestion du temps de travail au sein de l'établissement. Il est essentiel de formaliser ces règles afin de pouvoir les expliquer à l'éditeur lors de la phase de conception. Cela permet également d'identifier les sujets nécessitant un arbitrage interne. Souvent négligée, cette étape est cruciale pour mener efficacement la phase de conception et garantir que rien d'important n'est oublié.

Conception

La phase de conception est réalisée en collaboration avec l'éditeur de la solution choisie. L'objectif est de rédiger un cahier des charges détaillé des règles de gestion et des aspects fonctionnels. Ce document, qui servira de référence pour le travail de l'éditeur, doit être extrêmement précis. Par exemple, un établissement hospitalier pourrait décrire une règle d'acquisition des congés comme suit :

« *Les congés annuels sont acquis au prorata du temps de présence des agents sur le mois* ».

Pendant, cette formulation manque de détails. Il faut préciser le nombre de jours acquis, la méthode de proratisation (calendaire ou basée sur un temps contractuel minimum), les éventuels arrondis et la gestion des temps partiels. Le document d'analyse fonctionnelle doit donc être complet, illustré par des exemples, et faire l'objet d'une validation rigoureuse. Un accompagnement par des experts en Assistance à Maîtrise d'Ouvrage (AMO) peut apporter un regard critique et une expertise métier pour garantir la qualité de ce livrable essentiel.

Recette

La « recette » correspond à la phase de tests de la solution développée par l'éditeur. Cette étape, incontournable mais complexe, nécessite une préparation minutieuse pour être efficace. Tester une solution implique de maîtriser le nouvel outil de GTT tout en s'assurant de la conformité réglementaire du paramétrage, en lien avec le document d'analyse fonctionnelle validé. Il est essentiel de préparer en amont un « cahier de recette » décrivant les scénarios de tests et leurs résultats attendus.

Par exemple, lors de l'accompagnement d'un hôpital dans la mise en œuvre d'un outil de GTT pour 2500 agents non médicaux, 1800 scénarios de tests ont été rédigés afin de vérifier la conformité du paramétrage.

Bien que ce document constitue la base de la recette, il ne suffit pas à lui seul à garantir son succès. La phase de test nécessite un investissement en temps important, estimé à environ deux jours par personne et par semaine, avec un accompagnement AMOA. Sans cet accompagnement, cela peut s'élever à trois ou quatre jours par personne et par semaine. Ces estimations reposent sur notre expérience, où cette étape est souvent sous-évaluée en termes de temps et de délai. C'est néanmoins la validation de la recette qui conditionnera le passage en production de la nouvelle solution.

Reprise des données et mise en production

La mise en production représente la dernière étape du projet, souvent réalisée sur une période courte, mais nécessitant une préparation en amont rigoureuse. Il s'agit notamment de reprendre les données des agents et praticiens, une tâche souvent chronophage pour les équipes. La mise en place d'un plan de bascule permet d'ordonner et de répartir les actions à réaliser, tout en clarifiant les rôles de chaque partie prenante.

Accompagnement au changement

Enfin, il est crucial de ne pas minimiser l'accompagnement au changement, une phase transverse souvent sous-estimée. Un projet de GTT impacte l'ensemble du personnel, pas seulement les experts. Il est donc nécessaire d'accompagner les collaborateurs pour faciliter leur adhésion et la prise en main des nouvelles méthodes de travail. Cela peut se traduire par une étude d'impact visant à mesurer les conséquences sur les différentes catégories de personnel et à élaborer des plans d'action adaptés.

Minimiser ou ignorer cette étape peut nuire à la réussite du projet, notamment si les utilisateurs n'adhèrent pas à la solution et continuent d'utiliser des outils parallèles. En ce sens, bien choisir les acteurs à impliquer permet d'identifier les mesures à adopter pour réussir cet accompagnement.

Les acteurs à mobiliser

Selon notre expérience, l'implication des bons acteurs est l'un des éléments clés pour réussir la conduite d'un projet. En effet, contrairement à d'autres domaines, la gestion du temps concerne l'ensemble des agents et praticiens d'un établissement, à la différence d'un outil de paie, par exemple, qui ne serait utilisé que par des spécialistes. Par conséquent, il est essentiel de réaliser un travail rigoureux pour identifier les acteurs à impliquer, notamment :

- Les décideurs : capables de valider des changements de règles, par exemple ;
- Les experts métiers (GTT, IT, etc.) : en mesure de décrire avec précision les règles de gestion, les processus à mettre en place, ainsi que les aspects techniques à respecter ;
- Les cadres supérieurs et cadres de santé pour le personnel non médical, et les chefs de service pour le personnel médical : volontaires pour définir les besoins en termes de planification, par exemple ;
- Les agents et praticiens : souhaitant participer à la mise en place d'un portail accessible à l'ensemble des collaborateurs.

Ces acteurs doivent jouer un rôle moteur dans le projet et consacrer, selon leur profil, un temps plus ou moins important à l'ensemble des étapes du projet mentionnées précédemment.

Il est crucial de rappeler qu'un projet de Gestion du Temps de Travail (GTT), en raison de son ampleur et de sa complexité, exige un investissement en temps considérable, souvent sous-estimé. Bien que le recours à des spécialistes en Assistance à Maîtrise d'Ouvrage (AMOA) permette de réduire le temps consacré au projet, ces experts ne peuvent se substituer entièrement aux équipes internes de l'établissement.

Il est donc primordial que le choix des acteurs garantisse une représentativité des futurs utilisateurs de la GTT, en tenant compte de leur volonté de s'impliquer et du temps qu'ils pourront allouer au projet.

Les facteurs de risques et le plan de gestion associé

Comme tout changement, un projet de GTT présente un certain nombre de risques qu'il faut identifier dès le départ, anticiper et gérer. Nous conseillons lors d'une réunion de lancement de travailler sur ces risques et de travailler la démarche projet en conséquence (plan de gestion des risques). Nous fournissons ci-après un exemple (extrait) :

Les risques généraux du projet

Risques généraux identifiés	Modalités de gestion du risque
Détérioration du climat social	Structure de pilotage bien identifiée. Méthodologie structurée. Communication et dialogue. Implication et visibilité de la direction générale sur le projet. Pédagogie et formation.
Mauvaise coordination du projet avec les autres projets connexes (maquettes, etc.)	Qualité de la coordination de l'équipe de direction et des chefs de projets. Méthodologie structurée (comité pilotage, groupe guide GTT, chef de projet, système de référents, intégrant d'un référent informaticien dès le départ, organigramme des tâches, rétro planning Gantt, plan de pilotage du COPIL, etc.)

Les risques spécifiques aux différents volets

Volet	Les risques identifiés	Modalités de gestion du risque
Structurer et formaliser la politique de gestion des effectifs	Rejet ou incompréhension d'une politique harmonisée de la part des cadres supérieurs ou de certains d'entre eux (points à clarifier qui peuvent poser problème : que remplace-t-on ? remplacement des formations, objectifs de taux de remplacements, degré de décentralisation aux pôles, part du central et des pôles selon les différents domaines de décision, etc.)	Intégration au contrat de pôle. Élaboration de la politique dans une démarche de concertation avec les cadres supérieurs. Arbitrage par la DRH et la DS.
	Rigidité voire inapplicabilité dans les règles édictées.	Élaboration de la politique dans une démarche de concertation avec les cadres supérieurs. Élaboration d'une politique différenciée intégrant plusieurs options ou modèles assortis de règles selon les situations.
	Remise en question de certaines pratiques.	Démarche d'association des cadres supérieurs.
	Absence de validation finale.	Validation annoncée dès le départ par le COPIL.
Revoir le guide GTT PNM et les règles institutionnelles	Risque lors de la présentation aux représentants du personnel de déraper vers une renégociation ou négociation de certains points de l'accord RTT ou de la réglementation.	Annoncer dès le départ qu'on est dans une démarche de consultation et non de négociation. Garantir par la DG aux organisations syndicales qu'on ne remet pas en question l'accord RTT de 2002 Formation des représentants du personnel.
	Manque de clarté ou de pédagogie de certaines fiches.	Comité de lecture.
Revoir le logiciel (nouveau paramétrage ou achat)	Mauvais choix du logiciel et/ou mauvais paramétrages.	Communication sur les gains potentiels.
	Perte de confiance.	Démarche projet et cahier des charges, guide GTT orienté décompte, soigner l'étape cruciale du paramétrage. Qualité de l'accompagnement.
Organisation et ressources à mobiliser sur la GTT	Surcharge des ressources.	Définir une organisation cohérente avec le projet à mener.
	Ne pas avoir les compétences adaptées au niveau de maturité du projet.	Développer les compétences et les expertises en qualité et en quantité (DRH/ DS/DSI), prévoir des formations expert.
Organisation des ressources internes et externes sur le projet	Surcharge des ressources.	Bien identifier les besoins d'appui temporaire interne ou externe aux différentes étapes du projet.
	Ne pas avoir les compétences adaptées au niveau de maturité du projet.	

Un projet de GTA, ça coûte combien ?

L'évaluation des coûts peut s'avérer être un exercice relativement simple pour les dépenses matérielles telles que les badgeuses, les licences et la maintenance des logiciels. Cependant, elle devient considérablement plus complexe pour d'autres types de coûts en raison du grand nombre de paramètres à prendre en compte. Il existe diverses méthodes d'estimation des coûts, particulièrement pour la section « achats de service » lors de la conception du projet.

Ces méthodes varient en fonction de l'avancement du projet et influencent le degré de précision des estimations. Il est impératif de souligner que la qualité dans l'expression des besoins contribue à accroître ce niveau de précision, notamment pour l'évaluation du nombre de jours nécessaires aux prestations internes ou externes.

Le modèle SaaS (Software as a Service) connaît une popularité croissante et propose des services qui prennent en charge divers coûts tels que l'achat et la maintenance logicielle (licences), les mises à jour ainsi que l'infrastructure matérielle (serveurs, réseau, bases de données...). En 2019, 74 % des organisations ont adopté cette architecture pour leurs applications informatiques, représentant une augmentation de 22 % par rapport à 2017. À noter que cette proportion est moins élevée dans le domaine de la Gestion des Temps et des Activités, où elle serait plutôt proche de 50 %.

Néanmoins, il convient d'observer que cela ne remplace pas plusieurs postes de coûts importants tels que : le matériel (badgeuses), les achats de prestations internes et externes nécessaires à la construction de la solution (projet, AMOA, changement, communication, recette...), ainsi que la maintenance opérationnelle et les compétences requises.

Cette architecture répond à une stratégie précise ainsi qu'à une philosophie et une culture organisationnelle bien définies. Elle nécessite souvent une analyse comparative entre deux versions d'un projet :

- Une version « sur site », privilégiant l'acquisition (mode On-Premise).
- Une version « sous forme de services », reposant sur un système d'abonnement (mode SaaS).

Il est important d'indiquer qu'un investissement devra un jour être remplacé ; il faut donc tenir compte de l'amortissement comptable ainsi que sa durée afin d'effectuer une comparaison juste avec un abonnement. En moyenne, une solution dédiée à la gestion des temps est renouvelée tous les sept ans. Le SaaS ne représente qu'une fraction des coûts associés à l'implémentation d'un nouvel outil GTA. Selon les offres disponibles et le périmètre des services inclus dans l'abonnement, son coût mensuel se situe généralement entre 2,50 € et 3 € par dossier dans une fourchette allant jusqu'à 8 € hors taxes !

L'écart entre un achat en mode On-Premise et un abonnement peut parfois être minime.

Quel est alors le coût associé à la mise en œuvre d'une gestion des temps ?

Au regard des éléments précédemment exposés ainsi que la diversité des situations rencontrées, le coût lié à l'implémentation d'un projet de gestion des temps varie entre 17 € et 100 € par salarié. À cela s'ajoutent également les coûts internes ainsi que ceux relatifs à l'AMOA. En tant qu'observateur avisé du marché, lorsque nous comparons les frais liés aux prestations d'implémentation avec ceux afférents aux services AMOA ainsi qu'aux coûts internes métiers, nous constatons que le budget alloué à un tel projet se situe généralement dans une fourchette comprise entre 140 € HT et 190 € HT par collaborateur pour un périmètre comparable. Ce coût tend à diminuer proportionnellement selon la taille organisationnelle concernée. Il convient également de préciser que ces montants n'incluent pas les frais liés à la maintenance.

D'après nos observations :

- Le coût relatif aux prestations nécessaires pour mettre en œuvre la solution oscille entre 40 € HT et 80 € HT par collaborateur ;
- Le coût interne représente entre 60 % et 80 % du coût total lié à cette mise en œuvre ;
- Le coût associé à l'AMOA se situe quant à lui dans une fourchette comprise entre 20 % et 40 %.

À première vue, ces chiffres peuvent sembler élevés ; toutefois, il convient d'ajouter que les gains potentiels engendrés par une AMOA peuvent atteindre jusqu'à 70 % concernant la charge liée au travail du projet ! Sans compter les autres bénéfices connexes qui pourraient être envisagés.

Quelles conclusions tirer ?

L'estimation financière relative au coût d'un projet dédié à la gestion des temps constitue un processus complexe eu égard au grand nombre de variables impliquées. Bien qu'une littérature abondante existe sur différentes méthodes permettant d'estimer ou suivre les coûts afférents aux projets informatiques classiques, elle demeure cependant limitée concernant spécifiquement les projets liés à la gestion des temps.

Notre expertise acquise au fil du temps sur ces projets conjuguée à notre connaissance approfondie du marché ainsi que ses tarifs témoignent :

- Que le coût global associé aux projets portant sur la gestion temporelle ou planification opérationnelle équivaut souvent voire dépasse celui observé pour un projet consacré au traitement salarial !
- Que le retour sur investissement se révèle généralement rapide (entre six mois et douze mois). Ce ROI prend effectivement en considération plusieurs gains potentiellement quantifiables :
- Maîtriser la masse salariale et diminuer de 10 à 15 % le volume des heures supplémentaires ou le recours à la force de travail externe ;
- Un abattement significatif pouvant aller jusqu'à deux ou trois fois moins concernant le temps consacré par un manager opérationnel afin planifier efficacement son équipe sans assistance externe (« *Do It Yourself* »).

Cependant ce calcul demeure souvent incomplet car certains éléments sont régulièrement omis lorsqu'il s'agit d'évaluer le ROI inhérent au projet dédié à la gestion des temps (liste non exhaustive) :

- L'amélioration notable de la satisfaction : un projet GTA permet d'assurer une qualité fiable des données et diminuer les erreurs concernant les comptages heures et congés, cela conduisant inévitablement à une baisse de la satisfaction souhaitée par les collaborateurs ;
- La transparence des données : les informations restent identiques pour les managers opérationnels, les gestionnaires et les collaborateurs ;
- La diminution des risques de contentieux et de pénalités associés aux infractions réglementaires ;
- Une hausse tangible de la productivité administrative et opérationnelle observée à divers niveaux dans l'organisation en question.

Conclusion

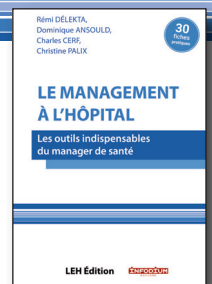
Au regard des enjeux d'un projet de GTT, et des risques importants d'échecs ou de semi-échecs, il est impératif de prendre le temps et de préparer les différentes phases, en s'appuyant sur une méthode de gestion de projet adaptée et efficiente.

En ce sens, il est crucial de rechercher les expertises internes ou externes permettant de mener à bien ce projet. L'accompagnement de cabinets spécialisés sécurise le projet, en particulier en cas d'absence d'expertise interne ou de difficulté à les mobiliser pleinement.

Le management à l'hôpital en 30 fiches pratiques

- Les outils indispensables pour accompagner les managers de santé
- Les clés pour gérer les équipes dans les établissements
- Des outils pratiques, de la théorie : une approche spécifique pour les hospitaliers

Par : Dominique ANSOULD, Dr Charles CERF, Rémi DELEKTA, Dr Christine PALIX - Préface de Matthieu GIRIER



BON DE COMMANDE

A compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à : Infodium C/O Corlet Logistic Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

	QTé	HT	TTC
<input type="checkbox"/> OUI , Je commande le livre Le management à l'hôpital en 30 fiches pratiques - Les outils indispensables du manager de santé par Dominique Anould, Charles Cerf, Rémi Délekta et Christine Palix, 325 pages (ISBN 978-2-38612-017-6) TVA : 5,5 %	36,97	39,00
A partir de 11 exemplaires	28,44	30,00
Participation forfaitaire aux frais de port 6 euros (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %
		Total	<input type="text"/>

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)

MÉDIATION

Conciliation locale : comment mettre en place la gestion des conflits personnels interprofessionnels au niveau d'un établissement ? Cadrage et enjeux

À l'heure où l'attractivité et la fidélisation des professionnels sont des enjeux majeurs pour les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux de la Fonction Publique Hospitalière, où l'on déplore la montée en charge des RPS (Risques Psycho-Sociaux), et où la QVCT (Qualité de Vie et des Conditions de Travail) est une attente forte dans le cadre des politiques de ressources humaines, les directions d'établissement se doivent désormais de mettre en place des démarches pour garantir un environnement de travail apaisé. Impulsée à partir du niveau national, la démarche de médiation des conflits interpersonnels professionnels se décline jusqu'au niveau local où la responsabilité employeur oblige chaque chef d'établissement à organiser la gestion de ce type de conflits dans le cadre de la gestion des risques professionnels (RPS). Il s'agit en effet d'une obligation de résultat inscrite dans le Code du travail : « *L'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* » (article L 4221-1). La médiation et la conciliation sont donc désormais des outils incontournables qui doivent être proposés dans le DUERP (Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels) et qui relèvent d'un enjeu de sécurité institutionnelle.

Si un dispositif régional et national de médiation est désormais bien opérationnel^[1], le constat est fait^[2] d'un retard au niveau local pour la mise en œuvre du dispositif de conciliation pourtant prévu à l'article 2 du décret n° 2019-897 du 28 août 2019 modifié. Il y a donc urgence à ce que l'ensemble des directions d'établissement s'emparent du sujet.

Deux notes d'information^[3] ont été émises pour aider les établissements et le site du ministère de la Santé propose une Foire Aux Questions pour accompagner la structuration d'un dispositif adapté. En effet, si un cadre est posé, il est clairement établi que « *chaque établissement a toute latitude pour instaurer, en concertation avec ses instances locales, le dispositif le plus adapté à son contexte propre, dans le respect de la réglementation* »^[4].

Delphine LEMAIRE-BRUNEL

Directrice d'hôpital – directrice adjointe en charge des Ressources Humaines, Affaires Médicales, Recherche clinique et Communication – Centre Hospitalier Sud Essonne Dourdan-Etampes, médiatrice certifiée.

L'amont du dispositif de conciliation locale : la prévention et la détection des conflits interpersonnels professionnels

La promotion d'un management attentif et bienveillant

La gestion des risques consiste, en premier lieu, à éliminer les risques à la source, c'est pourquoi, en matière de conflits professionnels interpersonnels, le premier objectif est de tenter d'éviter qu'un désaccord ne dégénère

^[1] Webinaire du comité éthique de la FHF – 13/06/2024 – Médiation : Les personnels des établissements de santé, <https://www.fhf.fr/expertises/offres-de-soins/ethique/replay-webinaire-ndeg-22-mediation-les-personnels-des-etablissements-de-sante-jeudi-13-juin-2024-de>.

^[2] Selon la mission confiée par la Direction générale de l'offre de soins, en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale, le Centre national de gestion et la Médiation nationale au Docteur Jacques TRÉVIDIC.

^[3] La note d'information n°DGOS/RH3/2022/87 du 29 mars 2022 relative à la mise en place de dispositifs de conciliation locale dans les établissements de la fonction publique hospitalière et la note d'information n°DGOS/SD4B/2023/133 du 30 novembre 2023 relative à la mise en place de dispositifs de conciliation locale dans les établissements sociaux et médico-sociaux de la Fonction Publique Hospitalière.

^[4] Note d'information n°DGOS/RH3/2022/87 du 29 mars 2022 relative à la mise en place de dispositifs de conciliation locale dans les établissements de la fonction publique hospitalière.

en conflit. Tous les textes insistent sur l'importance du développement d'une « *culture de la relation entre professionnels et du management éclairé, bienveillant et responsable* »^[5] au sein de l'ensemble des services où « *les difficultés du quotidien doivent pouvoir être anticipées, prévenues, repérées et, le cas échéant, gérées* ».

En effet, le dispositif local de conciliation prévu par la réglementation n'est pas le premier échelon de gestion des conflits interpersonnels professionnels : il est d'abord attendu que les différends soient gérés par le management de chaque service afin de ne pas créer d'engorgement du système, mais également dans une optique de responsabilisation et d'efficacité. En effet, l'expérience des médiateurs montre que plus leur intervention est précoce, moins le conflit est ancien et donc enkysté, et plus les chances de résolution sont élevées. Il est ainsi globalement préconisé de régler un conflit dans la première année de genèse^[6].

La sensibilisation et la formation de tous, y compris des étudiants en santé, au travail en équipe sont essentielles avec un focus pour les encadrants : « *être responsable d'une équipe, c'est nécessairement avoir à gérer des difficultés du quotidien qui peuvent survenir entre ses membres, organiser des réunions où chacun pourra exprimer son avis, prendre le temps pour être à leur écoute, proposer de compromis... Ainsi, pour être utile, cette formation devra être essentiellement axée sur l'élément humain de la fonction d'encadrement* »^[7].

La détection des situations conflictuelles

Les textes prévoient ensuite la mise en œuvre, au sein de chaque établissement, d'une procédure de recueil des signalements de tous les cas de souffrance au travail y compris ceux qui résultent de conflits interpersonnels. Cette procédure doit être ouverte à l'ensemble des agents et étudiants en santé en stage dans l'établissement, simple et facilement accessible. Le signalement peut provenir de l'agent concerné mais également de son encadrement ou des partenaires sociaux.

Le site du Ministère de la Santé préconise le recours à une adresse courriel type : signalement@ch... mais indique qu'un signalement verbal peut aussi être suffisant pour enclencher le processus. Cette procédure, sans être anonyme, doit pouvoir offrir des garanties de confidentialité absolue et le consentement de l'agent qui signale doit être recueilli pour poursuivre les investigations.

Le signalement doit pouvoir être complété par la suite dans un cadre « *favorisant l'expression (recueilli lors d'entretien et d'échange non nécessairement formalisé)* »^[8].

L'analyse des situations conflictuelles signalées et l'orientation vers la conciliation

Sur la base des signalements, des enquêtes internes doivent être diligentées afin de « *déterminer la nature des faits rapportés, leur véracité et les suites qu'il convient d'y donner. Des éléments complémentaires pourront être apportés par l'agent dans ce cadre* »^[9]. L'analyse des signalements et des résultats des enquêtes internes est prévue de façon collégiale, en lien avec l'encadrement et la médecine du travail, ainsi que les instances locales.

À nouveau, la formation des acteurs est cruciale car il s'agit de déterminer ce qui relève du champ de la conciliation de ce qui n'en relève pas. Les textes prévoient en effet que le dispositif de conciliation s'applique aux différends professionnels opposant soit un agent à sa hiérarchie soit des personnels entre eux à l'exclusion :

- Des conflits sociaux ;
- Des différends relevant des instances représentatives du personnel ou faisant l'objet d'une saisine du Défenseur des droits, d'une procédure disciplinaire ou d'insuffisance professionnelle ;
- Des différends relatifs à des décisions prises après l'avis des conseils médicaux ;
- Des conflits entre professionnels ou institutions et les usagers ou leurs représentants.

Il n'est pas applicable en cas d'action pénale en cours ni aux situations de harcèlement (moral ou sexuel), ainsi qu'aux violences sexuelles et sexistes.

La commission ou cellule d'analyse des signalements va donc devoir réorienter les signalements après analyse (par exemple vers les instances de gouvernance de l'établissement pour les problèmes d'organisation du travail, vers la médecine du travail pour les problèmes de santé médicaux...) et ne proposer de conciliation que

^[5] Note d'information n°DGOS/RH3/2022/87 du 29 mars 2022 relative à la mise en place de dispositifs de conciliation locale dans les établissements de la fonction publique hospitalière.

^[6] Webinaire du comité éthique de la FHF – 13/06/2024 – Médiation : Les personnels des établissements de santé, <https://www.fhf.fr/expertises/offres-de-soins/ethique/replay-webinaire-ndeg-22-mediation-les-personnels-des-etablissements-de-sante-jeudi-13-juin-2024-de>.

^[7] <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail-QVT/article/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante-et-du-medico-social>.

^[8] <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail-QVT/article/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante-et-du-medico-social>.

^[9] Note d'information n°DGOS/RH3/2022/87 du 29 mars 2022 relative à la mise en place de dispositifs de conciliation locale dans les établissements de la fonction publique hospitalière.

dans les cas qui lui semblent pouvoir en relever : « pour chaque cas de conflit interpersonnel avéré, il faudra déterminer si une action de conciliation locale est possible et opportune et, en cas de tentative infructueuse, si le recours à la médiation régionale/interrégionale, est envisagée »^[10]. En effet, il est prévu qu'en cas d'échec de la conciliation ou si la conciliation dure plus de six mois, les niveaux régional/interrégional voire national de médiation puissent être saisis^[11].

L'entrée en conciliation doit être formalisée, avec un document écrit qui engage les parties, recueille leur consentement et fixe un calendrier ; cependant, il est conseillé d'alléger ce formalisme dans les situations où les conflits sont encore récents et les situations pas trop complexes, afin de permettre une intervention rapide^[12].

Le dispositif de conciliation

La note d'information n°DGOS/RH3/2022/87 du 29 mars 2022 relative à la mise en place de dispositifs de conciliation locale dans les établissements de la fonction publique hospitalière rappelle que médiation et conciliation sont deux modes de résolution amiable des conflits, similaires mais distincts.

Contrairement au médiateur qui a pour mission d'organiser un dialogue constructif entre les parties au conflit mais doit se garder de proposer des solutions, « l'intervention d'un tiers conciliateur consiste à proposer des solutions aux personnes en litige et donc de rechercher un arrangement ou un compromis. Son indépendance est moindre que celle du médiateur puisqu'il peut être un agent du même établissement et donc assujéti à la même hiérarchie. Néanmoins, le tiers conciliateur devra être assuré qu'il ne lui sera pas fait grief des actes qu'il aura accomplis ou des propos qu'il aura tenus à l'occasion de cette mission de conciliation »^[13].

Le site du Ministère de la Santé rappelle que le tiers conciliateur peut proposer des solutions aux parties en conflit « en accord avec la gouvernance de l'établissement »^[14].

Focus sur trois questions à arbitrer

Pour rappel, l'organisation du dispositif de conciliation locale est laissée à l'entière appréciation des établissements, dans la limite de la réglementation. Plusieurs questions se posent et les réponses s'adapteront à chaque contexte local.

Un dispositif de conciliation intra ou inter-établissements ?

Le dispositif de conciliation locale des conflits interpersonnels peut être limité à l'établissement ou partagé avec d'autres (dans le cadre notamment des directions communes, des Groupements Hospitaliers de Territoire ou pour des raisons de proximité géographique) et donc, le cas échéant, faire l'objet d'une convention inter-établissements^[15].

Pour les Centres Hospitaliers Universitaires, concernant les personnels hospitalo-universitaires, il est préconisé d'organiser le dispositif en partenariat avec l'Université et les unités de formation et de recherche de médecine, odontologie et pharmacie.

Les services et établissements médico-sociaux rattachés à un établissement de santé relèvent du dispositif local de conciliation de cet établissement.

Dans tous les cas, pour des questions de cohérence, le dispositif local de conciliation organisé par l'établissement doit s'articuler avec les autres dispositifs locaux propres à certaines catégories de professionnels :

- Les Commissions Régionales Paritaires (CRP) pour les professionnels médicaux en application de l'article R 6156-80 du Code de la Santé Publique ;
- Les ordres professionnels auprès desquels il existe des procédures de conciliation.

^[10] Note d'information n°DGOS/RH3/2022/87 du 29 mars 2022 relative à la mise en place de dispositifs de conciliation locale dans les établissements de la fonction publique hospitalière.

^[11] Delphine Lemaire-Brunel, « La médiation pour gérer les conflits interpersonnels professionnels dans la Fonction Publique Hospitalière : Origines, définitions et structuration de la démarche, Santé RH, septembre 2024.

^[12] <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail-QVT/article/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante-et-du-medico-social>.

^[13] Note d'information n°DGOS/RH3/2022/87 du 29 mars 2022 relative à la mise en place de dispositifs de conciliation locale dans les établissements de la fonction publique hospitalière.

^[14] <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail-QVT/article/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante-et-du-medico-social>.

^[15] <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail-QVT/article/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante-et-du-medico-social>.

Quelle intégration auprès des instances existantes ?

Si la création de sous-commissions (au Comité Social d'Établissement, CSE, et à la Commission Médicale d'Établissement, CME) pour traiter les situations de souffrance au travail peut être envisagée, des structures plus légères, type cellules, peuvent également être mises en œuvre, dans la mesure où elles disposent d'un règlement intérieur et s'intègrent dans les thématiques de la QVCT et de la prévention des RPS.

Les organisations mises en place doivent rendre compte de leur activité dans le cadre du Bilan Social de l'établissement (nombre de conflits signalés, résolus, temps consacré...) dans le strict respect du principe de confidentialité. Ce bilan est présenté annuellement, dans l'idéal en présence du médiateur régional/interrégional.

Dans tous les cas, l'organisation de la conciliation locale doit être prévue dans le règlement intérieur de l'établissement.

Le site du Ministère de la Santé préconise qu'une « commission de conciliation » se dote d'un bureau d'au moins quatre personnes spécialement formées et propose que les membres de cette commission soient choisis « *en raison de leur connaissance institutionnelle, de leur expérience professionnelle et de leurs qualités humaines* »^[16]. Dans l'hypothèse où l'établissement choisit de mettre en place une sous-commission pour le personnel médical et une autre pour le personnel non médical, les textes préconisent trois réunions annuelles pour chacune dont une commune.

Qui pour mener les conciliations ?

Il est préconisé pour chaque dispositif local de disposer d'au moins deux conciliateurs dont la mission s'inscrit dans la durée (désignés pour trois ans par exemple), avec du temps dédié.

Les personnes désignées doivent être volontaires, psychologues, patientes, disposer de qualités humaines et surtout d'une solide formation aux techniques et outils de la conciliation. Il existe de nombreuses formations pour le secteur privé et l'École de hautes études en santé publique (EHESP) propose des formations dédiées. Par ailleurs, les médiations régionales pourront venir en appui des conciliateurs locaux.

Les conciliateurs devront se déporter dans le cas de conflits concernant leurs services d'origine.

L'établissement peut aussi faire le choix de recourir à des médiateurs professionnels extérieurs pour assurer les missions de conciliation.

La mobilisation de moyens (personnels/temps dédiés, formation, voire recours à des prestations externes) pour le dispositif de conciliation se fait sur les fonds propres de l'établissement car un « retour d'investissement »^[17] est attendu de la mise en place d'une conciliation locale (moins de conflits, donc moins d'absentéisme, meilleure productivité, etc.).

La difficile question du « harcèlement moral »

Si les textes cadrent globalement bien les grandes lignes du dispositif à mettre en œuvre en matière de conciliation locale et excluent explicitement un certain nombre de conflits du champ de la médiation, la pratique telle qu'elle est restituée par la médiation nationale montre la difficulté de l'exercice et, en particulier, autour de la question du harcèlement moral.

Ainsi, Danielle Toupillier, actuelle médiatrice nationale pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, précise^[18] que dans environ 85 % des saisines des médiations régionales/interrégionales/nationales, le terme de « harcèlement » est mis en avant par l'une ou l'autre des parties, voire les deux, à un moment du processus.

Du fait de son expérience, elle indique qu'il faut démêler ce qui relève du « véritable harcèlement » de ce qui est à rapprocher d'un « sentiment de harcèlement » ; sur les situations examinées par les médiateurs, selon leur intime conviction, demeurent 2 à 3 % de cas qui pourraient être qualifiés de harcèlement par le juge. Dans ces situations précises, les médiateurs interrompent la médiation et orientent la personne qui s'estime harcelée vers la gouvernance de l'établissement afin qu'elle effectue un signalement auprès de son employeur et que celui-ci prenne les mesures qui s'imposent.

^[16] <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail-QVT/article/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante-et-du-medico-social>.

^[17] <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail-QVT/article/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante-et-du-medico-social>.

^[18] Webinaire du comité éthique de la FHF – 13/06/2024 – Médiation : Les personnels des établissements de santé, <https://www.fhf.fr/expertises/offres-de-soins/ethique/replay-webinaire-ndeg-22-mediation-les-personnels-des-etablissements-de-sante-jeudi-13-juin-2024-de>.⁵

Il y a fort à parier que le constat national se retrouve au niveau local, mettant les conciliateurs face à des situations délicates. Une partie de leur formation devra être consacrée à la distinction entre les différentes situations, sachant que les zones d'ombre peuvent être nombreuses. Rappelons que l'article 40 du Code de procédure pénale oblige les agents publics à signaler au Procureur de la République les crimes et délits dont ils ont connaissance dans le cadre de leurs fonctions.

Conclusion

Pour conclure, la mise en place, via la conciliation locale, de la démarche de médiation dans les établissements de la fonction publique hospitalière cristallise de nombreuses attentes en matière de pacification des relations de travail, d'amélioration du fonctionnement des équipes et *in fine* de qualité de la prise en charge des usagers. Conscient du défi et du chemin à parcourir par les 4500 structures concernées, le Ministère de la Santé va déployer d'ici la fin de l'année 2024 une campagne de communication sur le sujet avec des outils opérationnels.

Jurisprudence

Anna-Léa MARGINEAN

Avocate au Cabinet BAZIN & CAZELLES

INDEMNISATION

Modalités d'indemnisation de congés non pris pour raisons de santé

Les dispositions d'un règlement du temps de travail qui exclut sans exception toute indemnisation des congés non pris par un fonctionnaire avant la fin de la relation de travail sont illégales.

CAA TOULOUSE 2 JUILLET 2024 N° 22TL21490 – C+

Le présent litige donne l'occasion de rappeler les conditions dans lesquelles un agent peut obtenir l'indemnisation de ses congés annuels lorsqu'il n'a pas été en mesure d'exercer ce droit avant la fin de la relation de travail, en raison de son placement en congé maladie.

La directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail fixe les prescriptions minimales de sécurité et de santé en matière d'aménagement de travail applicables notamment au congé annuel.

Son article 7 consacre le droit de tout travailleur à bénéficier d'un congé annuel payé d'au moins quatre semaines et prévoit la possibilité de remplacer ces congés par une indemnité financière en cas de fin de la relation de travail.

La Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a précisé la portée de ce droit, et progressivement consacré le principe :

- D'un droit au report des congés annuels non pris en raison d'une incapacité de travail, sur une période de quinze mois suivant l'année civile de référence.

Cette limite temporelle permet de prendre en compte la circonstance que le droit à congés annuels poursuit notamment une finalité? de repos tout en protégeant l'employeur d'un risque de cumul trop important de périodes d'absence du travailleur et de ses conséquences dans l'organisation du travail.

- Et d'un droit à indemnisation des reliquats de congés à l'issue de la relation de travail, lorsque tout report de ce droit au congé annuel est impossible.

Or, à ce jour, pour les agents publics, la réglementation nationale n'est pas conforme au droit européen, compte tenu de l'absence de dispositif de report automatique des congés annuels non pris après un congé maladie.

Le juge administratif a donc fait évoluer sa jurisprudence et reconnu l'incompatibilité des dispositions applicables aux congés annuels des fonctionnaires qui ne prévoient le report des congés non pris qu'à titre exceptionnel, « sans réserver le cas des agents qui ont été dans l'impossibilité de prendre leurs congés annuels en raison d'un congé de maladie » avec le droit européen (CE 26 octobre 2012 Lliboutry req. n° 346648).

Dans un avis du 26 avril 2017 (*Ministre de l'Intérieur c/ Colombini* n° 406009), le Conseil d'État a repris à son compte l'ensemble des principes dégagés par la CJUE en matière de report. Il a confirmé que le droit au report n'a pas un caractère illimité : en l'absence de dispositions dans le droit national, les congés non pris peuvent faire l'objet d'un report sur une période de quinze mois suivant l'année civile de référence, et dans la limite de quatre semaines prévue par l'article 7 précité de la directive du 4 novembre 2003.

L'administration a donc la possibilité de s'opposer à une demande de congé non pris à la suite d'un congé de maladie lorsque cette demande est présentée au-delà de la période de quinze mois qui suit l'année au titre de laquelle les droits à congé annuel sont ouverts (CE 14 juin 2017 req. n° 391131).

Par ailleurs, conformément aux principes dégagés par la CJUE, le travailleur déjà en congé annuel au moment où il tombe malade a lui aussi le droit de reporter son congé annuel, contrairement à ce qui avait été jugé antérieurement (CE 24 mars 2004 req. n° 259423).

Le Conseil d'État a précisé que ce droit au report ou, lorsqu'il est mis fin à la relation de travail, à indemnisation financière, s'exerce toutefois, en l'absence de dispositions sur ce point dans le droit national, dans la limite de quatre semaines prévues par l'article 7 de la directive (CE 22 juin 2022 *Ministre de l'intérieur c/ M. Sanchez* req. n° 443053).

Étant précisé que les dispositions de la directive telles qu'interprétées par le juge européen n'ayant pas été transposées dans le délai imparti (le délai de transposition de l'article 7 de la directive était fixé au 23 mars 2005), les agents publics peuvent utilement les invoquer dans un litige les opposant à leur administration, comme c'est le cas dans l'arrêt commenté.

En l'espèce, le Centre hospitalier universitaire de Toulouse a rédigé un guide de gestion du temps de travail sous forme de fiches thématiques dont une première version a été présentée au comité technique d'établissement le 3 mars 2017. Il a par la suite soumis pour avis au comité technique d'établissement une version actualisée de ce guide, lequel a émis un avis défavorable. Par une note d'information électronique du 25 janvier 2019, le directeur général du Centre hospitalier universitaire a informé les agents de la diffusion du guide comprenant un ensemble de fiches thématiques actualisées sur le site intranet de l'établissement.

Toutefois, le Syndicat Sud Santé Sociaux de Haute-Garonne a demandé au Tribunal administratif de Toulouse d'annuler ce règlement, au motif qu'il instaure une pratique illégale, contraire à l'article 7 de la directive n° 2003/88 CE, en ce qu'il prévoit qu'un agent démissionnaire, licencié ou révoqué en cours d'année, qui n'a pu prendre ses congés, ne peut être indemnisé. Le tribunal a rejeté sa requête.

Saisie à son tour, la Cour administrative d'appel de Toulouse, faisant application des principes précités, rappelle tout d'abord que « Ces dispositions, telles qu'interprétées par la Cour de justice des Communautés européennes dans son arrêt C-350/06 et C-520/06 du 20 janvier 2009, font obstacle, d'une part, à ce que le droit au congé annuel payé qu'un travailleur n'a pas pu exercer pendant une certaine période, parce qu'il était placé en congé de maladie pendant tout ou partie de la période en cause, s'éteigne à l'expiration de celle-ci et, d'autre part, à ce que, lorsqu'il est mis fin à la relation de travail, tout droit à indemnité financière soit dénié au travailleur qui n'a pu, pour cette raison, exercer son droit au congé annuel payé. Ce droit au report ou, lorsqu'il est mis fin à la relation de travail, à indemnisation financière, s'exerce toutefois, en l'absence de dispositions sur ce point dans le droit national, dans la limite de quatre semaines par année de référence prévue par les dispositions citées ci-dessus de l'article 7 de la directive ».

La Cour administrative d'appel considère ensuite que les dispositions du guide litigieux, en l'absence de précision, excluent toute indemnisation des congés qui n'auraient pu être pris par un agent titulaire démissionnaire ou révoqué en cours d'année quel qu'en soit le motif, ce qui inclut nécessairement le cas de congés qui n'auraient pu être pris du fait de la maladie avant la fin de la relation de travail. Dans cette mesure, les dispositions en litige sont incompatibles avec les dispositions de l'article 7 de la directive.

Certes, en défense le Centre hospitalier universitaire avançait que les dispositions devaient être lues de manière combinée avec celles relatives à l'indemnisation des congés notamment en cas de cessation définitive d'activité et de maladie. Mais cette défense n'a pas convaincu la Cour, le point litigieux ne comportant aucun renvoi express en ce sens.

Cette décision rappelle les règles applicables dans une hypothèse très spécifique, à savoir l'indemnisation des congés annuels qui n'ont pu être pris du fait d'un congé de maladie, le principe qui demeure étant par ailleurs celui de la prise des congés et non de l'indemnisation.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Temps de travail - Définition des heures supplémentaires

La majoration des heures supplémentaires pour les agents hospitaliers à temps partiel ne s'applique qu'aux heures effectuées au-delà des bornes horaires du cycle de travail à temps complet correspondant à leur emploi et pour lesquelles ils n'ont pas bénéficié d'un repos compensateur.

CAA NANTES 12 JUILLET 2024 N° 23NT02533 – C+

Par un arrêt du 12 juillet 2024, la Cour administrative d'appel de Nantes a défini les heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière lorsque l'agent travaille à temps partiel.

En l'espèce, le Syndicat autonome centre hospitalier public du Cotentin Cherbourg et Valognes était en discussion avec la direction de cet hôpital en ce qui concerne l'organisation du travail et plus particulièrement la gestion et la rémunération des heures de travail effectuées par les agents hospitaliers à temps partiel, notamment les infirmiers, en plus de leurs horaires habituels.

Une note d'information du 20 janvier 2021 a été diffusée aux personnels, ayant pour objet : « *Temps partiel heures supplémentaires non majorées* », selon laquelle les heures supplémentaires effectuées par les agents à temps partiel ne faisaient pas l'objet de majoration tant que la durée totale de leur service n'atteignait pas celle d'un emploi à temps plein.

Contestant cette note, le Syndicat autonome du Centre Hospitalier Public a saisi le Tribunal administratif de Caen, d'une requête tendant à l'annulation de la note d'information précitée et à ce qu'il soit enjoint à la directrice de l'hôpital d'appliquer le régime des heures supplémentaires de droit public aux agents hospitaliers travaillant à temps partiel et de réexaminer leur situation au regard des heures supplémentaires qu'ils avaient effectuées.

Le tribunal a fait droit à la requête du Syndicat et a enjoint à la Directrice du Centre hospitalier d'appliquer le régime des heures supplémentaires de droit public aux agents hospitaliers travaillant à temps partiel et de réexaminer leur situation au regard des heures supplémentaires effectuées et, le cas échéant, de reconstituer les droits des agents concernés.

Toutefois, sur appel du Centre Hospitalier, la Cour administrative d'appel de Nantes a infirmé cette décision et a validé la note du 20 janvier 2021.

À titre liminaire, il sera rappelé que les dispositions applicables sont les suivantes :

- Les articles L. 712-1 et suivants du Code général de la fonction publique (ancien article 20 de la loi du 13 juillet 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires) ;
- L'article 9 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail applicable aux établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- Les articles 4, 7 et 8 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires, applicable aux mêmes établissements ;
- L'article 3 du décret n° 82-1003 du 23 novembre 1982 relatif aux modalités d'application du régime de travail à temps partiel des agents titulaires des établissements d'hospitalisation publics et de certains établissements à caractère social.

Le décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail, prévoit que le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail, définis par service ou par fonctions, dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à douze semaines. Ceci implique seulement que les agents d'un même service ou remplissant des fonctions de même nature sont soumis aux mêmes règles.

Récemment, le Conseil d'État a précisé que la compétence de l'employeur pour définir les cycles de travail s'étendait à la détermination des conséquences des congés de maladie des agents qui y sont soumis pour le calcul de leur temps de travail annuel effectif (CE 4 novembre 2020 *Syndicat local départemental de la FSU territoriale du département* req. n° 426093 Tab).

Étant ajouté que les cycles de travail dans la fonction publique n'excluent pas la variabilité des horaires, c'est-à-dire que soient élaborés, dans le cadre des cycles de travail ainsi définis, des *plannings* individuels mensuels fixant les horaires des agents, ni à ce que soient déterminées des bornes quotidiennes et hebdomadaires entre lesquelles

les horaires de chaque agent sont susceptibles de varier (CE 21 juin 2021 *Syndicat CGT des ouvriers et employés de la ville de Saint-Martin-d'Hères et du CCAS et autre req. n° 437768*).

En ce qui concerne les heures supplémentaires, elles sont définies par le décret du 25 avril 2002 comme étant celles qui, effectuées à la demande du chef d'établissement, dépassent les bornes horaires définies par le cycle de travail et leur rémunération est majorée.

Ce cycle, défini par service ou par fonctions, dépend de l'emploi, qui peut être à temps complet ou à temps non complet, auquel est affecté l'agent, et ne saurait être affecté par la circonstance que celui-ci a été autorisé sur sa demande à exercer ses fonctions à temps partiel.

Sur ce dernier point, précisons que les agents à temps partiel sont ceux qui occupent des emplois à temps complet mais ont été autorisés par l'employeur à travailler à temps partiel ; ils se distinguent donc des agents occupés dans des emplois à temps non complet, qui sont régis par des règles statutaires différentes.

Dans l'espèce commentée, la Cour administrative d'appel de Nantes a jugé que les heures supplémentaires étant celles qui excèdent les bornes horaires définies par le cycle de travail, les agents à temps partiel relevant de la fonction publique hospitalière ne peuvent bénéficier de la majoration de rémunération prévue à ce titre (aux articles 7 et 8 du décret du 25 avril 2002) que pour les heures effectuées au-delà des bornes horaires du cycle de travail à temps complet correspondant à leur emploi et pour lesquelles ils n'ont pas bénéficié d'un repos compensateur.

Par suite, la note d'information en litige n'est pas contraire aux dispositions précitées, en tant qu'elle rappelle qu'un agent à temps partiel effectuant des heures de travail au-delà des horaires et rythmes de travail qui lui sont personnellement assignés dans le cadre de son service à temps partiel ne peut pas bénéficier d'heures supplémentaires majorées s'il ne dépasse pas la durée légale de travail d'un temps plein dans un cycle de travail.

Autrement dit, un agent à temps partiel ne peut bénéficier d'une majoration de ses heures supplémentaires que si ces dernières dépassent le nombre d'heures fixé pour un agent à temps complet dans le même poste.

Cet arrêt confirme ainsi que la majoration des heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière s'applique uniquement aux heures dépassant la durée de travail d'un agent à temps complet, et seulement en l'absence de repos compensateur. Cette référence aux cycles de travail permet un traitement identique pour tous les agents.

Et la présente décision permet de rappeler que le recours à la majoration des heures supplémentaires des agents recrutés à temps partiel ne peut être une solution pour faire face à la situation difficile rencontrée par les hôpitaux en matière de recrutement de personnel.

Veille législative & réglementaire

Fabrice DION

Directeur d'hôpital

GOVERNANCE

Enquête de la DGOS pour la collecte des données issues de la base de données sociales

L'instruction n° DGOS/RH3/2023/123 du 28 juillet 2023 relative à l'enquête réalisée auprès des établissements de la fonction publique hospitalière pour recueillir un ensemble de données issues des bases de données sociales, parue au bulletin officiel Santé du 16 août 2023 précise le dispositif légal et réglementaire du Rapport Social Unique (RSU) et de la Base de données sociales (BDS).

D'une part, l'instruction rappelle que les articles L. 231-1 à L. 232-1 du Code général de la fonction publique instituent un rapport social unique et une base de données sociales au sein des établissements de la fonction

publique hospitalière mentionnés à l'article 5 du Code général de la fonction publique. D'autre part, elle indique que le décret n° 2020-1493 du 30 novembre 2020 précise le périmètre, la portée, le contenu et les règles de mise à disposition et de confidentialité de la base de données sociales.

L'instruction souligne qu'il existe également un « *guide relatif à la base de données sociales pour la fonction publique hospitalière* » qui permet d'aider les établissements à son élaboration, ainsi qu'au Rapport Social Unique.

Dans cette instruction, il est également rappelé que « conformément à l'article 2 de l'arrêté du 28 avril 2022 la direction générale de l'offre de soins procède annuellement à une enquête auprès de ces établissements pour recueillir un ensemble de données issues des bases de données sociales ».

Cette campagne a été ouverte à compter du mois de juin 2024 et se clôt le 30 novembre 2024. Elle concerne les données 2023, tant du personnel non médical que médical et s'applique à tous les établissements de la FPH qu'ils soient sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Elle a été confiée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et les informations sont disponibles sur son site internet, avec mise à disposition de support méthodologique et technique.

FORMATION

Arrêté du 6 août 2024 relatif à la formation des médecins du travail et des autres professionnels de santé au travail assurant le suivi individuel renforcé d'un travailleur exposé aux rayonnements ionisants et aux conditions de délivrance de l'agrément complémentaire des services de santé au travail

Cet arrêté s'applique aux médecins de prévention et autres professionnels prévention des services de santé au travail.

Ce texte pris en application des articles R. 4451-85 et R. 4451-86 du Code du travail, précise les modalités et contenus de la formation spécifique et des modules complémentaires nécessaires aux professionnels de santé au travail pour permettre l'agrément complémentaire des divers types de services de santé au travail afin d'effectuer le suivi individuel renforcé des agents exposés aux rayonnements ionisants.

Pour assurer le suivi individuel renforcé d'un travailleur exposé aux rayonnements ionisants, le médecin du travail et les professionnels de santé au travail placés sous son autorité suivent une formation spécifique préalable sur les risques liés aux rayonnements ionisants et sur le dispositif de surveillance dosimétrique individuelle.

L'arrêté du 6 août 2024 vise donc à déterminer : le contenu de la formation spécifique des professionnels de santé, au travail préalable, au suivi individuel renforcé de travailleurs exposés aux rayonnements ionisants, ainsi que les modalités de son renouvellement ; les modalités de reconnaissance des compétences, des connaissances et de l'expérience des professionnels de santé au travail comme valant satisfaction de l'obligation de formation prévue ; les conditions requises pour qu'un organisme de formation puisse dispenser cette formation.

La formation spécifique peut être assortie de modules complémentaires en fonction du type d'exposition des travailleurs suivis : « travailleurs à risque d'exposition interne » ; « travailleurs exposés au radon provenant du sol » ; « travailleurs intervenant en situation d'urgence radiologique » ; « travailleurs exposés aux neutrons ».

L'arrêté précise que la formation spécifique des professionnels de santé au travail et ses modules complémentaires comportent des connaissances théoriques et pratiques, ainsi que des mises en situation dont le contenu détaillé et la durée minimale sont définis en annexes de l'arrêté.

La formation spécifique et chacun des modules complémentaires sont conclus par une évaluation donnant lieu à une attestation de réussite de la formation dont la durée de validité est de cinq ans à compter de sa délivrance.

Décret n° 2024-855 du 31 juillet 2024 attribuant le grade de licence aux titulaires du diplôme d'État de préparateur en pharmacie hospitalière ; arrêté du 31 juillet 2024 relatif au diplôme d'État de préparateur en pharmacie hospitalière ; arrêté du 31 juillet 2024 modifiant l'arrêté du 22 juin 2023 fixant la liste des diplômes, certificats et titres permettant d'exercer la profession de préparateur en pharmacie hospitalière

Le décret confère le grade de licence aux titulaires du diplôme d'État de préparateur en pharmacie hospitalière ayant entrepris leurs études à compter de la rentrée de septembre 2024. L'obtention de ce diplôme permet à

ses titulaires de faire valoir une certification au grade de licence pour une insertion professionnelle immédiate et une poursuite d'études éventuellement assortie d'une mobilité internationale.

L'arrêté du 31 juillet 2024 dispose que le diplôme d'État de préparateur en pharmacie hospitalière atteste des connaissances et des compétences requises pour exercer la profession de préparateur en pharmacie hospitalière. Les missions et les activités du préparateur en pharmacie hospitalière sont définies dans le référentiel d'activités qui figure en annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2024. Le diplôme d'État de préparateur en pharmacie hospitalière s'acquiert par la validation des cinq domaines de compétences définis dans le référentiel de compétences figurant en annexe II de l'arrêté.

La formation est organisée en deux semestres d'au moins vingt semaines chacun. Elle est validée par l'obtention de 60 crédits européens. La durée totale de la formation, qui inclut le travail personnel de l'étudiant, comporte 1400 heures dont 700 heures correspondant à 20 semaines de formation en milieu professionnel. Les modalités d'organisation de la formation sont précisées dans le projet pédagogique conformément aux dispositions du présent titre et au référentiel de formation en annexe III et soumis pour avis à l'instance compétente.

Décret n° 2024-856 du 31 juillet 2024 attribuant le grade de licence aux titulaires du diplôme d'État de technicien de laboratoire médical ; arrêté du 31 juillet 2024 relatif au diplôme d'État de technicien de laboratoire médical ; arrêté du 31 juillet 2024 modifiant l'arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant aux diplômes d'État de pédicure podologue, d'ergothérapeute, de psychomotricien, de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical et portant dispositions diverses

Le décret confère le grade de licence aux titulaires du diplôme d'État de technicien de laboratoire médical ayant entrepris leurs études à compter de la rentrée de septembre 2024. L'obtention de ce diplôme permet à ses titulaires de faire valoir une certification au grade de licence pour une insertion professionnelle immédiate et une poursuite d'études éventuellement assortie d'une mobilité internationale.

Le diplôme d'État de technicien de laboratoire médical atteste des connaissances et des compétences requises pour exercer la profession de technicien de laboratoire médical.

Les missions et les activités du technicien de laboratoire médical sont définies dans le référentiel d'activités qui figure à l'annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2024. Le diplôme d'État de technicien de laboratoire médical s'acquiert par la validation des cinq domaines de compétences définis dans le référentiel de compétences figurant en annexe II du même arrêté.

La formation est organisée en six semestres d'au moins vingt semaines chacun. Elle est validée par l'obtention de 180 crédits européens. La durée totale de la formation, qui inclut le travail personnel de l'étudiant, comporte 4200 heures dont 1470 heures correspondant à 42 semaines de formation en milieu professionnel. Les modalités d'organisation de la formation sont précisées dans le projet pédagogique conformément aux dispositions du présent titre et au référentiel de formation en annexe III de l'arrêté précité et soumis pour validation à l'instance compétente pour les orientations générales de l'institut.

Arrêté du 5 juillet 2024 portant organisation de la formation à la maîtrise de stage universitaire

L'arrêté précise que la formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant de deuxième ou de troisième cycle des études de médecine est suivie par le praticien-maître de stage des universités auprès de l'université de son choix ou de tout autre organisme habilité par l'agence nationale du développement professionnel continu. Les objectifs pédagogiques de cette formation sont fixés en annexe du présent arrêté.

L'annexe prévoit ainsi que la formation à la maîtrise de stage universitaire nécessite d'acquérir des connaissances et des compétences à la fois transversales et spécifiques du niveau de l'étudiant accueilli en stage ambulatoire. Les connaissances et les compétences ont été regroupées dans les quatre blocs distincts suivants : « aspects législatifs, administratifs et pratiques du stage ambulatoire » ; « relation pédagogique et accompagnement des étudiants » ; « spécificités de la formation des étudiants de deuxième cycle des études de médecine » ; « spécificités de la formation des étudiants de troisième cycle des études de médecine ». Les formations dispensées font appel à des formats et méthodes différents en fonction des blocs de connaissances et de compétences.

Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer

Rapport d'information du Sénat, 11 septembre 2024

Le Sénat a nommé une mission d'information sur l'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale, afin d'apporter une réponse à la fragilité actuelle de l'offre de soins périnataux. Les comparaisons internationales montrent une situation anormalement dégradée en France compte tenu du poids de la santé dans le PIB : « 21^e et 22^e rangs européens en matière de mortalité spontanée et de mortalité infantile, avec sur ce second indicateur un taux de 4,0 pour 1000 naissances vivantes en 2023 ». La situation est également très hétérogène entre les régions.

La commission des 1000 premiers jours avait appelé l'attention sur la thématique, et ce nouveau rapport préconise « une réorganisation de l'offre de soins assurant une sécurisation accrue des accouchements et, parallèlement, un renforcement du suivi en proximité durant la grossesse et après la naissance ». En ligne de mire, la prématurité (7 % des naissances), constituant 75 % de la mortalité néonatale et 50 % des handicaps d'origine néonatale. Les complications maternelles physiques comme psychiques sont insuffisamment prises en compte. Le rapport préconise de créer un registre national des naissances et de la mortalité néonatale.

Le Sénat préconise de renforcer l'information et l'accompagnement de proximité des parents dans les mois autour de l'accouchement, notamment en renforçant les campagnes d'information et en coordonnant mieux le suivi, entre sage-femme, PMI et médecin traitant, en relançant le PRADO maternité et l'aller-vers préconisé par le rapport des 1000 premiers jours. Cette dernière suggestion interroge tant la disponibilité de ces professionnels est faible. La dimension psychique est très prégnante : la dépression du post-partum touche 20 % des mères et 10 % des pères et le suicide est la première cause de mortalité des mères en période néonatale. Le rapport recommande de généraliser les questionnaires de repérage des vulnérabilités psychosociales et d'offrir une offre adaptée... là encore, méconnaissant l'insuffisante disponibilité des professionnels.

Santé RH est une publication mensuelle éditée par **INFODIUM** - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - www.infodium.fr
 tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 Rédaction : infodium@infodium.fr - www.sante-rh.fr Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conseiller scientifique : Jérôme Lartigau - Conception graphique et mise en page : Yohann Roy, Publiatis - Abonnements : Infodium C/O Corlet Logistic Service abonnement - ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX abonnement@infodium.fr Tél : 02 31 59 25 00 - 11 numéros par an - Abonnement 365,00 euros par an. Prix au numéro : 48 euros - n° de CPPAP 0126 T 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

Santé RH

À compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à :
 Infodium C/O Corlet Logistic - Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016
 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

W175

**1 an, 11 numéros papier
 + 1 accès numérique
 + base documentaire sur
www.sante-rh.fr
 au prix de 357,49 HT - **365 € TTC****

Ci-joint mon règlement par :

- Bon de commande/réf. Chorus jointe
- Chèque à l'ordre d'INFODIUM, une facture justificative sera envoyée
- Mandat administratif/Réception de facture

Raison sociale :
 Nom : Prénom :
 Fonction :
 Adresse :

 Code Postal : Ville :
 Téléphone :
 E-mail (mail version numérique) :

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 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
 69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du
 1^{er} Janvier 2024 au 31 Décembre 2024.