

Éditorial

Vers la fin de la fonction publique et des fonctionnaires (suite et fin... ?)

Le rapport tant attendu du comité action publique 2022 a enfin été dévoilé au cours de l'été. Rapport très attendu étant donnée l'ambition affichée dès le départ par le gouvernement. A cet égard, la circulaire du premier ministre du 26 septembre 2017 – qui peut être considérée comme l'acte de départ de la volonté politique du gouvernement – indiquait que la priorité de l'action du gouvernement était d'engager une « *transformation de l'action publique* ». Pour ce faire, trois objectifs prioritaires ont été fixés : l'amélioration de la qualité des services publics, en développant la relation de confiance entre les usagers et les administrations et la transformation numérique ; la modernisation de l'environnement de travail des agents publics (avec leur concours actif) ; et la baisse des dépenses publiques avec un engagement de réduire de trois points la part de la dépense publique dans le PIB d'ici 2022.

Une lecture attentive du rapport montre que cette volonté politique et ces objectifs ont des conséquences très concrètes dans un vaste champ de l'action publique. Dans le domaine qui nous occupe – la gestion des ressources humaines dans les établissements publics de santé – les orientations sont claires et confirment la thèse que nous avons développée dans les derniers éditoriaux sur la fin de la fonction publique et des fonctionnaires, en tout cas du cadre conceptuel qui structure notre univers depuis plusieurs décennies.

Ainsi peut-on trouver dans les pages 33, 34 et 36 du rapport (qui se réfèrent aux propositions 1 et 2) plusieurs affirmations sur la « *centralisation excessive* », la « *rigidité* » de la gestion des ressources humaines. Afin de lutter contre ces défauts structurels, il est préconisé de « *donner de la souplesse en matière de recrutement et de gestion des ressources humaines, en passant d'un pilotage des effectifs (plafond et schéma d'emploi) à un pilotage par la masse salariale* ». Comme nous l'avons montré précédemment, une logique globale de transformation est donc à l'œuvre, qui vise à refonder entièrement les règles statutaires de la fonction publique, et plus généralement le cadre de référence de la gestion des ressources humaines, en privilégiant une approche individualisée et par conséquent en donnant la priorité au contrat plutôt qu'au statut, et ce dans un objectif avoué de maîtrise de la masse salariale. La boucle est pour ainsi dire bouclée !

Dans cet environnement très évolutif, les gestionnaires de terrain ont besoin de pouvoir décrypter les changements à l'œuvre. La revue Santé RH continuera d'accompagner les praticiens de la gestion dans ces temps incertains et dans cette optique, fait évoluer sa maquette et son contenu. En attendant, nous souhaitons une bonne rentrée à toutes nos lectrices et nos lecteurs.

Jérôme LARTIGAU

Docteur en sciences de de gestion

Maître de conférences – CNAM

Ancien directeur d'hôpital

Sommaire

Gestion des carrières

Attachés d'Administration Hospitalière :
Le décret tant attendu est paru ! p2

Gestion sociale

Licenciement dans la fonction publique
hospitalière : un tour d'horizon p4

Stratégie & Pilotage

Le fonctionnement et l'indemnisation des
astreintes médicales à l'hôpital p7

Jurisprudence

La nécessité de recruter et de fidéliser
des professionnels de santé dans le
secteur public peut fonder une différence
de rémunération entre un fonctionnaire
et un agent non titulaire sans que cette
inégalité de traitement soit constitutive
d'une discrimination fautive p11

Panorama de la jurisprudence récente
sur l'application des dispositions de
l'article L. 1224-3 du code du travail .. p13

Veille réglementaire

..... p15

Veille documentaire / Agenda

..... p20

Attachés d'Administration Hospitalière : Le décret tant attendu est paru !

Ils étaient les derniers... Les Attachés d'Administration Hospitalière (AAH) attendaient depuis de longs mois la réforme de leur statut. La première phase du PPCR s'achève donc avec la publication du décret n° 2018-506 du 21 juin 2018 modifiant le statut de ces personnels.
Zoom sur ces nouvelles dispositions.

Lisa BOVIS

Attachée d'Administration
Hospitalière - Assistance
Publique Hôpitaux de Marseille

RECLASSEMENT

Comme tous les corps de la fonction publique hospitalière, chaque AAH devra faire l'objet d'une décision administrative de reclassement avec effet du 1er janvier 2017. Il conviendra donc de prendre en compte la situation des agents concernés au 31 décembre 2016 et d'appliquer les tableaux de concordance définis dans les dispositions transitoires.

CARRIÈRE

Le corps des AAH est désormais composé de trois grades :

- Le grade d'Attaché d'Administration Hospitalière qui comporte à présent onze échelons ;
- Le grade d'Attaché d'Administration Hospitalière Principal découpé en neuf échelons – 10 à compter du 1er janvier 2021;
- Le grade d'Attaché d'Administration Hospitalière Hors Classe composé de six échelons et un échelon spécial (voir « Nouveauté : Les AAH hors classe » ci-dessous).

Le décret prévoit la suppression de la règle des « +60 points » applicables aux fonctionnaires de catégories B et C nommés dans le corps des AAH. Il conviendra d'appliquer à l'avenir des tableaux de concordance.

En outre, la bonification d'ancienneté lors du calcul à la mise en stage pour les agents titulaires d'un doctorat et ayant passé une épreuve spécifique lors du concours est applicable aux AAH, tout comme les psychologues et les ingénieurs hospitaliers.

De façon similaire à tous les autres corps, on note un allongement des durées d'avancement d'échelon et de nouvelles règles d'éligibilité à l'avancement de grade où il conviendra d'être très vigilant lors de la préparation des Commissions Administratives Paritaires.

NOUVEAUTÉ : LES AAH HORS CLASSE

La comparaison entre le statut des AAH et des ingénieurs hospitaliers avait fait débat lors des négociations au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière. En effet, le corps des ingénieurs hospitaliers comprend quatre grades alors que celui des AAH n'en contenait initialement que deux. Par ailleurs, le statut des ingénieurs prévoit l'accès à un grade fonctionnel, notion non-applicable aux AAH.

De ce fait, le grade d'Attaché d'Administration Hospitalière Hors Classe a été créé, composé de six échelons et d'un échelon spécial.

Pour pouvoir y prétendre, plusieurs modalités sont prévues :

- Soit les agents devront exercer des fonctions correspondant à un « niveau élevé de responsabilités » et ce, uniquement pour les établissements dont le budget excède un montant fixé par arrêté ; non publié à ce jour.
- Soit les agents relevant du grade d'Attaché principal et ayant fait l'objet d'une « valeur professionnelle exceptionnelle »

Malgré quelques zones d'ombre notamment autour des attachés hors classe, la publication du statut clôture enfin la première phase du PPCR. D'autres réformes sont prévues puisque le guide pratique des élections professionnelles publié en avril 2018 a mentionné le reclassement en catégorie A des Assistants Socio-Educatifs en février 2019. Affaire à suivre...

VOTRE REVUE SANTÉ RH ÉVOLUE POUR RÉPONDRE AUX ATTENTES DE SES LECTEURS, DIRECTEURS ET RESPONSABLES DES RESSOURCES HUMAINES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.

Consacrée exclusivement à la gestion du personnel médical et hospitalier, Santé RH propose une nouvelle maquette et un nouveau rubricage :

Gestion des carrières : L'actualité de la gestion individuelle de l'agent ou du personnel médical ;

Gestion sociale : Les points de vigilance relatifs à la gestion collective et sociale des hospitaliers ;

Stratégie & pilotage : Des éclairages sur l'organisation de l'établissement, son efficacité ou ses relations avec l'extérieur ;

Prospective & Management : Un partage sur les perspectives métiers, les expériences innovantes et la réflexion théorique sur l'avenir des RH à l'hôpital ;

Jurisprudence : Le commentaire des décisions récentes relative à la fonction publique hospitalière et aux médecins hospitaliers ;

Veille réglementaire : Consacrée à la fonction publique hospitalière, au personnel médical et non médical ;

Veille documentaire : Une synthèse des parutions traitant des ressources humaines à l'hôpital.

Le nouveau site internet de la revue (www.sante-rh.fr) sera en ligne fin septembre.

Licenciement dans la fonction publique hospitalière : un tour d'horizon

Le licenciement des personnels titulaires est une question largement occultée mais qui a refait surface récemment, notamment dans le cadre des projets de restructurations hospitalières. Le dispositif actuellement en place se révèle insuffisant, complexe et difficile à mettre en œuvre. Un nouveau cadre réglementaire inspiré du droit du travail pourrait permettre de rénover le cadre existant et d'accompagner les transitions nécessaires de l'organisation hospitalière.

Matthieu GIRIER
Vice-président de l'ADRESS

Aborder la question du licenciement dans la fonction publique hospitalière n'est pas chose aisée, tant le sujet paraît à la fois tabou, inachevé et malaisé.

- **Tabou**, tout d'abord, par ce que si les agents contractuels à durée déterminée font souvent l'objet de fins de contrats, dont les contentieux fleurissent la jurisprudence administrative, autant les agents en contrat à durée indéterminée et les agents titulaires et stagiaires sont très exceptionnellement mis en cause dans ce cadre.
- **Inachevé**, parce que le dispositif en place dans la fonction publique hospitalière est amputé du décret d'application de l'article 62 de la loi du 9 janvier 1986, en cas notamment de suppression d'emploi des agents titulaires, et dont la jurisprudence du Conseil d'Etat est récemment venu rappeler la carence¹.
- **Malaisé**, enfin, car il s'inscrit dans un contexte où la dualité de normes avec le Code du Travail rend la mise en œuvre des procédures peu compréhensibles par les agents publics. Ceux-ci se réfèrent en effet généralement aux échos des débats nationaux, et sollicitent régulièrement la mise en œuvre de dispositifs légaux et réglementaires qui ne leur sont pas applicables – rupture conventionnelle, cessation progressive d'activité, et autres.

Pour autant, le licenciement dans la fonction publique est loin d'être une matière desséchée : si le droit de la fonction publique y fait souvent référence, comme « la privation involontaire d'emploi d'un agent public à l'initiative de son autorité investie du pouvoir de nomination, pour tout autre motif que disciplinaire », comme il le sera détaillé dans une première partie, l'étude synthétique de la notion en droit du travail, qui occupera la seconde partie de cet article, permettra d'identifier en quoi la modernisation du dispositif de droit public, en s'inspirant du droit commun sans pour autant négliger les sujétions spécifiques de l'emploi public, pourrait être mis en œuvre.

LE DISPOSITIF EXISTANT DE LICENCIEMENT : UNE CONSTRUCTION INACHEVÉE ET COMPLEXE À METTRE EN ŒUVRE

Assez paradoxalement, dans un environnement légal ou réglementaire traditionnellement structuré par les trois lois de Rolland², le droit de la fonction publique, la procédure de licenciement se révèle complexe à mettre en œuvre. Cette difficulté conduit donc, dans ses trois occurrences, insuffisance professionnelle des agents stagiaires, des agents titulaires et licenciement au terme d'une disponibilité des agents titulaires, à rarement y recourir.

Plus largement, ces trois occurrences ne répondent qu'à une seule logique : le licenciement d'un agent public ne peut résulter que de la constatation par la puissance publique de l'incapacité de l'agent à exercer ses fonctions, par insuffisance, ou absence de volonté.

(1) Conseil d'Etat, Syndical département CFDT des services de santé et des services sociaux des Hauts-de-Seine et Mme RACHED, 25 octobre 2017, n°405239

(2) Les trois lois du service public conçues par Louis Rolland sont la continuité, la mutabilité et l'égalité du service public

Licencier un agent stagiaire : une incongruité par rapport à la période d'essai

En premier lieu, l'existence même d'un dispositif de licenciement pour insuffisance professionnelle des agents stagiaires vient consacrer toute la spécificité de cette période probatoire, définie à l'article 37 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 par rapport à son équivalent de droit commun, la période d'essai.

Peu usitée – il lui est souvent préféré le recours à la procédure de non-titularisation au terme de la période de stage pour régler le cas des agents publics dont la mise en position d'exercice professionnelle se soldait par un résultat non-concluante, notamment en cas d'insuffisance professionnelle –, le licenciement pour insuffisance professionnelle au cours de la période de stage demeure en effet assez complexe et lourd à mettre en œuvre en matière de formalités³.

Outre le fait que la procédure ne peut être engagée qu'après avis de la commission administrative paritaire compétente, que ce licenciement ne peut intervenir qu'après six mois d'exercice effectif des fonctions, sous le contrôle normal du juge, qui vérifiera notamment les conditions de légalité du licenciement, tant internes (qualité des motifs⁴, caractère effectif des six mois de stage⁵, conformité du grade de l'agent aux fonctions réellement exercées, etc.) qu'externes (accès au dossier, conditions de forme de la procédure).

Licencier un agent titulaire : un dispositif incomplet et complexe à mettre en œuvre

Une fois titularisé, l'agent public, à l'exception des cas liés à l'expiration d'une disponibilité étudiés ci-après, ne peut faire l'objet que de deux mesures de privation involontaire d'emploi à l'initiative de l'employeur, soit la révocation – sanction de quatrième groupe infligée à l'agent au terme d'une procédure disciplinaire marquée par la convocation de la commission administrative paritaire compétente en conseil de discipline et l'instruction d'une enquête administrative par l'administration afin d'alimenter le rapport de saisine du conseil –, soit un licenciement pour insuffisance professionnelle.

Ce second cas se heurte à l'absence de définition fournie par la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 dans son article 88, ce qui place l'administration qui engagerait une telle procédure à subir l'incertitude du contrôle du juge, lequel vérifie la réalité de l'insuffisance et sa documentation par l'autorité investie du pouvoir de nomination. Les quelques précisions apportées par la construction jurisprudentielle – définition de l'exercice normal des fonctions de l'agent licencié⁶, distinction avec l'inaptitude physique (l'insuffisance professionnelle ne doit pas procéder exclusivement ou principalement de l'état de santé de l'agent public) et la faute disciplinaire, quand bien même les deux notions peuvent être conduites, en fonction des circonstances, à se recouper et que les procédures disciplinaires et de licenciement sont quasiment alignées – aux termes de l'article 88 alinéa 1 précité.

Licencier au terme d'une disponibilité, faire face à l'insoluble

Le licenciement au terme d'une disponibilité recouvre, enfin, trois types de situations, deux liées à l'expiration d'une période de disponibilité tous motifs, si l'agent ne demande pas sa réintégration au terme de la période ou ne la renouvelle pas, et s'il refuse les postes qui lui sont proposés lors de sa réintégration, et une liée à l'expiration d'une période de disponibilité pour raison de santé, lorsque le fonctionnaire est définitivement déclaré inapte à tous postes et toutes fonctions⁷. La procédure de licenciement vient ici délier des situations juridiques devenant insolubles, où soit l'action, soit l'inaction, soit la situation de santé de l'agent public mettent un obstacle direct et incontournable à son retour au travail.

S'INSPIRER DU DROIT DU TRAVAIL POUR RÉNOVER LE LICENCIEMENT EN DROIT PUBLIC

Le caractère très parcellaire de la notion de licenciement dans la fonction publique démontre toute son obsolescence, liée à une organisation du travail qui privilégie une approche statique de la carrière, statique à la fois :

(3) Loi n°86-33 du 9 janvier 1986, article 37 alinéa 6

(4) Conseil d'Etat, 16 octobre 1987, n° 60173

(5) Conseil d'Etat, 28 septembre 1990, n°83445

(6) Cour administrative d'appel de Lyon, 24 avril 1998, n°98LY00324

(7) Décret n°88-976 du 13 octobre 1988, article 29

- **Pour l'organisation hospitalière**, condamnée au pire à la stagnation et au mieux à l'expansion, mais qui ne peut concevoir de recompositions, qu'il s'agisse de secteurs de soins ou de fonctions supports ;
- **Pour l'agent public**, dont la seule perspective est de rester sur son poste, ou d'évoluer dans le cadre de la carrière pensée pour lui par la filière dans laquelle il s'inscrit, avec pour seul échappatoire la mise en œuvre d'un congé de formation professionnelle ou des actions de reconversion dans le cadre de l'hôpital public, qui limite considérablement l'horizon des possibles.

Le licenciement dans la fonction publique doit désormais être perçu comme un des outils à la disposition du manager et de l'agent public pour assurer les transitions :

- **Transitions collectives** – accompagnement au changement des unités hospitalières, dans un contexte où la multiplication des externalisations (bio-nettoyage, transports, restauration, blanchisserie) conduit certaines fonctions, spécialisées ou non, à l'extinction à l'échelle d'un établissement donné ;
- **Transition individuelles**, dans un contexte d'emploi où les agents hospitaliers sont appelés à changer en moyenne 4,5 fois d'employeur au cours de leur carrière et développent des projets professionnels qui alternent salariat, activité libérale, retour en formation et création d'entreprise. Ces transitions sont d'autant plus difficiles à accompagner que les dispositifs de reconversion disponibles dans la fonction publique ne couvrent pas tous les secteurs d'activité et toutes les demandes.

Outre la publication tant attendu du décret d'application de l'article 62 de la loi de 1986, s'inspirer des dispositifs existants en droit du travail offre une perspective sur ce qui pourrait, demain, accompagner utilement l'évolution du statut de l'emploi dans la fonction publique hospitalière.

- Concernant le **licenciement pour motif économique**, où les principaux motifs, difficultés économiques, mutations technologiques, réorganisations de l'entreprise, transformation de l'emploi et suppression d'emploi demeurent cohérent avec la réalité de la vie hospitalière. Ceux-ci doivent cependant être associés à la priorité de réemploi dans l'année suivant le licenciement, conformément aux dispositions des articles L1233-15 et L1233-39 du code du travail.
- Concernant la **procédure de rupture conventionnelle**, laquelle constitue le seul mode de rupture du contrat de travail à l'amiable, sa création en 2008⁸ et la possibilité d'y assortir une indemnité spécifique de rupture conventionnelle permettrait d'accompagner les projets individuels des agents hospitaliers qui ne coïncident pas avec le cadre réglementaire existant – et permettrait au passage d'améliorer la lisibilité du statut pour les agents qui y sont soumis.

Faire évoluer le droit du licenciement des agents publics entre actuellement dans le domaine de l'urgence : parce que la réglementation actuelle consacre une vision du travail qui n'est plus compatible ni avec la modernisation des établissements publics, ni la transformation du parcours des agents et parce qu'elle s'inscrit dans une approche duale si éloignée du droit du travail qu'elle en devient incompréhensible pour qui s'attache à suivre les débats nationaux sur la réforme du droit en question. Il reviendra aux managers publics de ne pas en abuser, et de la réserver à son but principal : accompagner les transitions.

(8) Loi n°2008-596 du 25 juin 2008

ASTREINTES

Le fonctionnement et l'indemnisation des astreintes médicales à l'hôpital

Le fonctionnement et l'indemnisation des astreintes médicales à l'hôpital ont été profondément modifiés en 2013¹ et 2016² dans le cadre de la réforme dite du temps médical, conséquence directe de la directive communautaire sur le temps de travail.

Synthèse des textes applicables

- Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Instruction N°DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- Arrêté du 6 août 2015 relatif aux astreintes des internes
- Courrier de la DGOS à la FHF du 30 janvier 2018

Jean-Yves COPIN
Directeur général GH3

(1) Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

(2) Arrêté du 15 juin 2016 relatif à l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux et odontologiques dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des internes et des étudiants en médecine

6 points préalables essentiels sont à retenir concernant les astreintes:

- Les praticiens attachés associés et les assistants associés ne peuvent jamais participer au service d'astreinte.
- Les internes peuvent de manière dérogatoire participer au service d'astreinte, mais uniquement dans les CHU.
- Chaque praticien participant à un service d'astreinte opte pour que le temps réalisé pendant une astreinte soit considéré comme intégrant ses obligations de service ou comme générant du temps de travail additionnel.
- Le repos quotidien (ou de sécurité pour les hospitalo-universitaires et les internes) est dû après le dernier déplacement lors d'une astreinte.
- Les astreintes peuvent être forfaitisées.
- Les cliniciens hospitaliers ne peuvent percevoir de rémunération complémentaire concernant la participation à des astreintes.

RETOUR SUR LE FONCTIONNEMENT DES ASTREINTES

L'ensemble des statuts (à l'exception donc des praticiens attachés associés et des assistants associés) peuvent participer à des astreintes.

Traditionnellement, les astreintes pouvaient être opérationnelle ou de sécurité lorsque les déplacements étaient peu fréquents. Depuis la réforme de novembre 2016, il n'existe qu'une astreinte unique lorsque, conformément au schéma régional de la permanence des soins et au projet médical du groupement hospitalier de territoire, les établissements **parties** au groupement ont adopté un schéma territorial de la permanence des soins,

(3) Par soucis de simplification les montants indiqués concernent les statuts hors hospitalo-universitaires.

organisé et coordonné au niveau du GHT. Dans cette situation, l'indemnité de base de l'astreinte est de 42€38³ (21€18 pour une demie astreinte de nuit ou le samedi après-midi).

Les établissements qui ne sont pas partie à une convention de GHT, ainsi que l'AP-HP, ont mis en place cette modalité d'indemnisation dès le 1er juillet 2017. A défaut d'adoption du schéma territorial de la permanence des soins, l'indemnisation serait toujours sur la base d'astreinte opérationnelle et d'astreinte de sécurité telles que définies dans les établissements.

A noter !

En cas de déplacement exceptionnel réalisé sans que le praticien soit d'astreinte à domicile, il ne donne lieu à aucune indemnité forfaitaire d'astreinte. Cependant l'indemnisation sera identique à celle décrite ci-dessous.

PRISE EN COMPTE DES DÉPLACEMENTS PENDANT LES ASTREINTES.

Le temps d'intervention sur place est décompté en heures, à hauteur du temps réellement effectué.

Les fractions d'heures sont négligées ou comptées pour une heure selon qu'elles sont inférieures ou supérieures à la demi-heure.

Le temps de trajet est décompté de manière forfaitaire pour une heure aller-retour. Cependant, il ne peut être pour une même période d'astreinte supérieur à 2 heures.

Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet cumulé pendant une astreinte ne peuvent pas dépasser deux demi-journées, soit dix heures.

En effet, le décompte du temps de travail effectif réalisé durant les astreintes est effectué en heures.

Chaque plage de cinq heures cumulées, temps de trajet inclus, est convertie, au titre du quadrimestre concerné, en une demi-journée ou en une demi-période de temps de travail additionnel selon l'option choisie par le praticien.

Attention cependant, cette période de cinq heures se convertissant dans le cadre des astreintes en demi-journée n'est pas opposable concernant la durée de la demi-journée de travail des praticiens, la durée de la demi-journée de travail des praticiens n'étant pas fixée réglementairement.

Illustration

Déplacement	Temps comptabilisé	Temps de trajet forfaitisé
De 20h à 20 h 20	0 heure (durée d'intervention inférieure à la demi-heure)	1 heure
De 21h à 22h38	2 heures	1 heure
De 00h à 2h20	2 heures	0 heure (la durée maximale étant de 2 heures)
Total	4 heures	2 heures

Dans cet exemple, le praticien aura généré 6 heures de temps de travail qui selon son droit d'option sera soit indemnisé en temps de travail additionnel, soit récupéré.

DROIT D'OPTION DES PRATICIENS

Le temps effectif d'intervention sur place et de trajet, converti en plages de cinq heures, est, au choix du praticien, intégré dans ses obligations de service ou rémunéré.

Il est donc proposé à chaque praticien, en dehors du dispositif de la forfaitisation (voir *intra*) un droit d'option individuel. Ce droit d'option est une illustration de plus de la contractualisation extrême à laquelle doivent faire face les directions des affaires médicales avec jusqu'à 7 contrats⁴ ou conventions à faire signer pour un même praticien !

Si le praticien opte pour que le temps effectivement travaillé pendant une astreinte et le temps de trajet forfaitisé (converti par plages de 5 heures) soit intégré dans son temps de travail, il perçoit, par plage, une demi-indemnité de sujétion (133€10) et bénéficie d'une demi-journée de récupération.

Si le praticien opte pour que le temps de travail effectivement travaillé pendant une astreinte et le temps de trajet forfaitisé soit rémunéré, chaque plage sera convertie en plage de temps de travail additionnel.

Et c'est là que les choses se compliquent !

Si, comme ce fut expliqué pour les astreintes opérationnelles et de sécurité, il n'existerait pas au sein du GHT un schéma territorial de la permanence des soins, les plages ainsi générées sont indemnisées à hauteur d'une demi plage de temps de travail additionnel de nuit (238€40).

Si ce schéma territorial de la permanence des soins est adopté, le praticien perçoit une demi plage de temps de travail additionnel de jour (159€72).

La question se pose juridiquement au regard de la rédaction des différents textes applicables du versement ou non en plus de cette demi plage de temps de travail additionnel d'une demi indemnité de sujétion. Il a été répondu par l'affirmative à cette question dans une réponse de la DGOS à la FHF. Ainsi, dans l'attente d'une éventuelle interprétation contentieuse, il convient dans ce cas de verser au praticien, par plage de cinq heures, une demie indemnité de TTA de jour et une demi indemnité de sujétion (soit 159€72 et 133€10).

A noter !

Par dérogation, les déplacements d'une durée de trois heures d'intervention sur place font l'objet d'un décompte à hauteur :

- d'une demi-journée à laquelle s'ajoute l'indemnité de sujétion, si le temps de travail est intégré dans les obligations de service ;
- d'une demi-période de temps de travail additionnel de nuit dans les établissements qui n'auraient pas adopté un schéma territorial de la permanence des soins et pour les praticiens ayant opté pour l'indemnisation ;
- d'une demi-période de temps de travail additionnel de jour et d'une demi indemnité de sujétion dans les établissements ayant adopté leur schéma territorial de la permanence des soins et pour les praticiens ayant opté pour l'indemnisation.

PRÉCISIONS : FORFAITISATION ET RÉCUPÉRATION

Il existe deux dispositifs dérogatoires concernant le fonctionnement des astreintes. Ces deux dispositifs demeurent dans l'arrêté de 2003 précité.

Avec le dispositif de la forfaitisation, le directeur de l'établissement peut, après avis de la commission médicale d'établissement, décider, pour une structure donnée, la mise en place d'une indemnisation forfaitaire de l'astreinte au plus égale au montant d'une demi-indemnité de sujétion augmenté de l'indemnité de base et recouvrant les temps de déplacement, temps de trajet compris, quel que soit le temps passé en déplacement.

(4) Dans la gestion des affaires médicales, au-delà du contrat de travail où des décisions de nominations prononcées par le centre national de gestion, les gestionnaires doivent rédiger et faire signer notamment des droits d'options sur les astreintes, des contrats de temps de travail additionnel, des contrats liés au service public exclusif, des conventions de temps partagés, des conventions d'engagements de carrière hospitalière, des contrat d'activité libérale...

Sur proposition de la commission de l'organisation de la permanence des soins, le montant de cette indemnisation forfaitaire est fixé à 189,96 € pour les activités liées au fonctionnement de certains blocs opératoires ainsi que dans les structures dont l'activité le justifie ou dans le cadre du redéploiement des crédits liés à la suppression des lignes de permanence sur place.

Une évaluation annuelle du dispositif est réalisée par le directeur avec la commission de l'organisation de la permanence des soins dans le cadre de la préparation du compte administratif. Sur la base de cette évaluation, le contrat peut être reconduit.

Le directeur la transmet chaque année au conseil de surveillance et au directeur de l'agence régionale de santé.

Il est important de préciser que cette forfaitisation n'exonère pas le directeur de la tenue du décompte du temps d'intervention réellement effectué, indépendamment du forfait fixé, de façon à vérifier le non-dépassement de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire de 48 heures et d'intervenir si la santé et la sécurité des praticiens sont affectées.

Ce temps d'intervention doit donc être décompté dans les obligations de service mais ne peut faire l'objet d'aucune autre forme d'indemnisation, et surtout, le repos quotidien après la fin du dernier déplacement est toujours garanti au praticien.

Le dispositif de la récupération est beaucoup plus rarement mis en œuvre. Il consiste à utiliser uniquement un dispositif de récupération en dehors de tout système d'indemnisation.

CONCLUSION

Le fonctionnement et l'indemnisation des astreintes à l'hôpital est un sujet complexe qui s'inscrit plus généralement dans l'organisation du temps médical à l'hôpital. La présente synthèse ne peut être exhaustive, tant le sujet mérite un temps long d'explication et de décryptage. Il est surtout devenu organisationnel et stratégique avant d'être juridique et ne peut être réduit à une question financière ou de paye.

Ceux qui l'appliquent au quotidien connaissent bien sa difficulté de mise en œuvre et sa fragilité. Les dernières réformes, précipitées sous la contrainte communautaire ne sauraient demeurer en l'état si l'objectif est de garantir une organisation de la permanence des soins sécurisée, équitable et coordonnée.

Astreintes des internes

Uniquement dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitalo-universitaires, il peut être organisé un service d'astreintes auquel participent les internes affectés dans l'établissement.

Le service d'astreintes est organisé, en dehors du service normal de jour, de 18 h 30 à 8 h 30, le dimanche ou jour férié. Comme en service normal de jour, l'interne en service d'astreintes doit pouvoir faire appel à un praticien senior à tout moment.

Le directeur général de l'établissement fixe, sur proposition de la commission relative à l'organisation de la permanence des soins puis avis de la commission médicale d'établissement, la liste des services dans lesquels il y a lieu d'organiser les services d'astreintes d'internes.

Il dresse également les tableaux mensuels nominatifs de la participation des internes.

RÉMUNÉRATION

La nécessité de recruter et de fidéliser des professionnels de santé dans le secteur public peut fonder une différence de rémunération entre un fonctionnaire et un agent non titulaire sans que cette inégalité de traitement soit constitutive d'une discrimination fautive

Un agent titulaire saisi le Tribunal administratif d'un recours indemnitaire à l'encontre de son employeur au motif qu'elle subirait un préjudice en raison d'une discrimination fautive dont elle serait victime en lien avec une rémunération inférieure à un agent contractuel exerçant les mêmes fonctions. Le juge administratif rejette la requête au motif qu'une différence de rémunération n'est pas constitutive d'une discrimination fautive dès lors que l'employeur fonde cette différence de traitement par l'intérêt général et en l'espèce la volonté d'attirer des professionnels de santé à l'hôpital.

**CAA Nantes n°16NT01958
27 avril 2018**

Le Décret n°91-155 du 6 février 1991 fixe les critères de détermination de la rémunération des agents non titulaires de la fonction publique hospitalière. L'article 1-2 du Décret précité dispose ainsi que « *le montant de la rémunération est fixé par l'autorité administrative, en prenant en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience.* »

L'autorité administrative employeur dispose ici d'une grande latitude pour fixer la rémunération des agents non titulaires.

Dans un arrêt du 27 avril 2018, la Cour administrative d'appel de NANTES a rejeté la requête d'un agent titulaire qui invoquait une discrimination salariale au motif que « *ses collègues non titulaires bénéficient d'une rémunération supérieure pour exercer les mêmes fonctions, en méconnaissance du principe d'égalité* ».

Le juge administratif rappelle la jurisprudence classique applicable en la matière (CE 04 mai 2016 n°389688) et selon laquelle « *ce principe ne s'oppose pas à ce qu'une autorité administrative règle de façon différente des situations différentes ni à ce qu'elle déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un comme l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la norme qui l'établit et ne soit pas manifestement disproportionnée au regard des motifs susceptibles de la justifier ; que les agents titulaires de la fonction publique hospitalière, régis par un statut, et les non-titulaires, recrutés par contrat, sont placés dans des situations différentes, alors même qu'ils exerceraient des fonctions identiques.* »

L'agent titulaire n'est pas dans une situation identique à l'agent contractuel.

Outre que le fonctionnaire est titulaire d'un grade et non d'un contrat, la détermination de la rémunération ne s'opère pas de la même manière. L'un est rémunéré au regard d'un échelon dans une grille et l'autre est rémunéré en fonction de son expérience professionnelle. On constate d'ailleurs que dans les faits la plupart des établissements publics de santé font référence à un grade ou un indice dans les contrats de travail des agents non-titulaires alors qu'ils devraient en principe viser un montant mensuel brut. L'explication est à rechercher

Guillaume CHAMPENOIS

Avocat associé
Houdart & Associés

au niveau des logiciels des services paies qui ne sont pas calibrés pour appliquer l'article 1-2 du Décret du 6 février 1991 précité.

Cette seule distinction entre contrat et statut permet de considérer que le fonctionnaire et l'agent contractuel ne sont pas dans une situation identique.

Cependant, si cette différence de statut peut justifier le non versement d'une prime (cf. – prime de service – sous CE 23 mars 2009 n°312446), elle n'apparaît pas suffisante pour fonder une différence substantielle dans le montant du traitement mensuel.

Dans cet arrêt, le juge administratif fixe les principes suivants ;

- La différence de traitement doit être en rapport direct avec la norme juridique qui le fixe,
- Cette différence de traitement doit être motivée par l'intérêt général,
- Cette différence de traitement ne doit pas être disproportionnée au regard du ou des motifs qui la justifie.

L'intérêt de cet arrêt de la Cour administrative d'appel de NANTES réside dans le motif d'intérêt général retenu par l'établissement public employeur.

La Cour administrative d'appel de NANTES relève dans son arrêt que le CHU de Tours a fondé la différence de traitement entre les titulaires et les contractuels par la difficulté de recruter les professionnels concernés et donc par un critère d'attractivité ; *« qu'il résulte de l'instruction que, pour pallier les difficultés de recrutement et de fidélisation des masseurs-kinésithérapeutes, qui préfèrent généralement exercer dans le secteur privé, le centre hospitalier universitaire de Tours a décidé de leur accorder une rémunération supérieure d'environ 25% à celle qui est versée aux agents titulaires ; que cette différence de traitement est en rapport direct avec la nécessité de recruter et de fidéliser ces professionnels de santé dans*

le secteur public et n'est pas manifestement disproportionnée au regard des motifs qui la justifient ; que, par suite, elle ne constitue pas une discrimination fautive de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier universitaire de Tours ; »

En l'espèce, le juge administratif relève que la différence de rémunération n'est pas disproportionnée au regard du but poursuivi par l'employeur.

Cet arrêt, s'il reprend une jurisprudence bien établie, n'en est pas moins digne d'intérêt.

L'attractivité de l'hôpital public est une problématique bien réelle et prégnante pour nombre d'établissements publics de santé. Elle constitue également une préoccupation en matière de coopération sanitaire alors que différents professionnels sous statut public, privé et ou libéral, coexistent dans une même communauté de travail.

Le but poursuivi, soit attirer des professionnels de santé à l'hôpital, est un motif d'intérêt général qui peut justifier une rémunération supérieure à celle versée à des fonctionnaires.

Cela ouvre concrètement des perspectives intéressantes en matière de gestion des ressources humaines.

TRANSFERT D'ACTIVITÉ

Panorama de la jurisprudence récente sur l'application des dispositions de l'article L. 1224-3 du code du travail

La jurisprudence afférente à l'application de l'article L. 1224-3 du Code du travail s'étoffe de mois en mois.

L'article L. 1224-3 du Code du travail dispose ; « *Lorsque l'activité d'une entité économique employant des salariés de droit privé est, par transfert de cette entité, reprise par une personne publique dans le cadre d'un service public administratif, il appartient à cette personne publique de proposer à ces salariés un contrat de droit public, à durée déterminée ou indéterminée selon la nature du contrat dont ils sont titulaires. Sauf disposition légale ou conditions générales de rémunération et d'emploi des agents non titulaires de la personne publique contraires, le contrat qu'elle propose reprend les clauses substantielles du contrat dont les salariés sont titulaires, en particulier celles qui concernent la rémunération. Les services accomplis au sein de l'entité économique d'origine sont assimilés à des services accomplis au sein de la personne publique d'accueil. En cas de refus des salariés d'accepter le contrat proposé, leur contrat prend fin de plein droit. La personne publique applique les dispositions relatives aux agents licenciés prévues par le droit du travail et par leur contrat.* »

Il ressort de cet article que l'employeur public cessionnaire de l'activité doit proposer un contrat de travail de droit public présentant les mêmes clauses substantielles que le contrat de travail de droit privé dont celle sur la rémunération.

Le Conseil d'Etat a précisé que l'employeur public, cessionnaire de l'activité transférée, est dans l'obligation de reprendre la rémunération visée au contrat de travail de droit privé sauf

si le niveau de cette rémunération, « *même corrigé de l'ancienneté, excéderait manifestement celui que prévoient les règles générales fixées, le cas échéant, pour la rémunération de ses agents non titulaires* » (CE 25 juillet 2013 n°355804).

La jurisprudence récente est relativement riche sur le sujet.

Dans un arrêt du 5 juin 2018, la Cour administrative d'appel de Marseille vient confirmer que l'ancienneté doit être intégralement reprise par l'employeur public (CAA Marseille 5 juin 2018 n°15MA02880).

Dans un arrêt du 22 mai 2018, rendu sous le numéro 16NT01684, la Cour administrative d'appel de NANTES a jugé qu'une Commune ayant retenu un taux horaire de 14,28 euros dans son contrat de droit public alors que le contrat de travail de droit privé retenait un taux horaire de 17,74 euros n'avait pas respecté son obligation de reprendre la rémunération du salarié conformément à l'article L. 1224-3 du Code du travail.

Dans un arrêt du 18 mai 2018 rendu sous le numéro 16NT03080, la Cour administrative d'appel de Nantes rappelle que la circonstance que la prime versée au salarié de droit privé soit issue d'un accord collectif n'autorise pas l'employeur public à ne pas la prendre en considération dans la détermination du traitement à proposer dans le contrat de travail de droit public. En l'espèce, le salarié percevait un salaire de base de 1.515,76 euros auquel s'ajoutait une prime d'établissement de 275,93 euros.

L'établissement public de santé cessionnaire avait intégré dans le contrat de travail de droit public la seule rémunération de base sans la prime au motif que celle-ci ressortait d'un accord collectif.

Or, l'origine de la prime importe peu puisque celle-ci est nécessairement intégrée au contrat de travail et

constitue une partie de la rémunération du salarié. L'employeur public doit ici appliquer les règles ayant cours en droit du travail.

La Cour relève parallèlement que l'établissement ne démontre pas « *qu'il ne pouvait légalement accorder à Mme E... une rémunération équivalente à celle qu'elle percevait en tant que salarié de cette polyclinique du fait que cette rémunération aurait été manifestement excessive au regard des règles applicables en son sein ou en celui de la fonction publique hospitalière* ».

Dans un arrêt du 24 avril 2018 rendu sous le numéro 15MA02801, la Cour administrative d'appel de Marseille a jugé que la reprise de la rémunération s'appréciait sur les montants calculés en net et non en brut ; « *qu'il ressort des pièces du dossier que l'intéressé a été employé à temps complet et perçoit une rémunération nette mensuelle égale à 1 886 euros, assortie d'une prime de fin d'année de 1 350 euros ; que sa rémunération nette de décembre 2011 sur la base de son ancien contrat de droit privé était strictement équivalente ; que les différences de rémunérations brutes sont sans incidence sur l'appréciation du caractère équivalent des rémunérations en cause ;* ».

Enfin, dans son arrêt du 6 juin 2018 rendu sous le numéro 391860, le Conseil d'Etat a eu l'occasion de juger que l'employeur public, cessionnaire à l'activité, doit saisir l'inspecteur du travail d'une autorisation préalable de licenciement avant de mettre fin au contrat de travail de droit privé du salarié protégé qui refuse de signer le contrat de travail de droit public ; « *Considérant, d'autre part, qu'en application des dispositions du code du travail, les salariés légalement investis de fonctions représentatives bénéficient d'une protection exceptionnelle dans l'intérêt de l'ensemble des travailleurs qu'ils représentent ; qu'à ce titre, leur licenciement, ou toute autre forme de rupture de leur contrat de travail, suppose, dès lors qu'il doit être regardé comme intervenant du fait de l'employeur, l'autorisation préalable de*

l'inspecteur du travail ; que lorsque ce licenciement est envisagé, il ne doit pas être en rapport avec les fonctions représentatives normalement exercées ou l'appartenance syndicale de l'intéressé ; qu'en outre, pour refuser l'autorisation sollicitée, l'autorité administrative a la faculté de retenir des motifs d'intérêt général relevant de son pouvoir d'appréciation de l'opportunité, sous réserve qu'une atteinte excessive ne soit pas portée à l'un ou l'autre des intérêts en présence ; Considérant qu'il résulte des points 3 et 4 ci-dessus que la rupture du contrat de travail d'un salarié protégé qui fait suite à son refus d'accepter le contrat qu'une personne publique lui propose en application des dispositions de l'article L. 1224-3 du code du travail est soumise à l'ensemble de la procédure prévue en cas de licenciement d'un salarié protégé et est, dès lors, subordonnée à l'obtention d'une autorisation administrative préalable ; qu'à ce titre, il appartient à l'inspecteur du travail ou, le cas échéant, au ministre chargé du travail, saisi par la voie du recours hiérarchique, de vérifier, sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir, d'une part, que les conditions légales de cette rupture sont remplies, notamment le respect par le nouvel employeur public de son obligation de proposer au salarié une offre reprenant les clauses substantielles de son contrat antérieur sauf si des dispositions régissant l'emploi des agents publics ou les conditions générales de leur rémunération y font obstacle, d'autre part, que la mesure envisagée n'est pas en rapport avec les fonctions représentatives exercées par l'intéressé ou avec son appartenance syndicale et, enfin, qu'aucun motif d'intérêt général ne s'oppose à ce que l'autorisation soit accordée ; » Reste à déterminer ce qui se passera si l'inspecteur du travail refuse de délivrer son autorisation. Juridiquement, l'établissement public de santé devra continuer à employer le salarié protégé sous contrat de travail de droit privé dans l'attente d'une éventuelle issue favorable d'un recours hiérarchique ou d'un recours pour excès de pouvoir.

STATUT

Décret n° 2018-584 du 5 juillet 2018 relatif aux mesures d'accompagnement des personnels de direction de la fonction publique hospitalière liées à la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire

Ce décret apporte de nouvelles dispositions à l'égard des personnels de direction qui, du fait de la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire, verraient leur emploi supprimé ou seraient nommés sur un autre emploi ne permettant pas la conservation de primes telles que la Nouvelle Bonification Indiciaire par exemple. De ce fait, la suppression de ces primes s'effectuerait de façon progressive sur cinq ans. Ce décret prend effet le 1er août 2018.

Décret n° 2018-585 du 5 juillet 2018 modifiant le décret n° 92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique hospitalière sur le territoire métropolitain de la France

A compter du 1er août 2018, la définition du changement de résidence est élargie ; sont désormais pris en compte :

- Dans le cas d'un agent placé en recherche d'affectation ;
- Dans le cas d'un agent muté dans l'intérêt du service ;
- Dans le cas d'un agent placé en congé spécial ;
- Dans le cas d'un agent affecté au sein d'une direction commune ;
- Dans le cas d'un changement d'affectation lié à la fusion de son établissement d'origine avec un autre établissement.

Du fait de l'élargissement de la définition, l'indemnité forfaitaire doit être versée pour les cas cités ci-dessus.

Enfin, dans le cadre d'une réorganisation impliquée par un GHT ou direction commune, la durée de service de cinq années exigée est réduite à trois années pour le versement de l'indemnité forfaitaire et la prise en charge des frais de déménagement.

Décret n° 2018-506 du 21 juin 2018 modifiant le décret n° 2001-1207 du 19 décembre 2001 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière et modifiant le décret n° 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2018-507 du 21 juin 2018 relatif au classement indiciaire applicable au corps des attachés d'administration hospitalière

Arrêté du 21 juin 2018 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux membres du corps des attachés d'administration hospitalière

Ces textes tant attendus réforment le statut des attachés d'administration hospitalière conformément au PPCR. Les principaux points sont les suivants :

- Reclassement et Cadencement unique d'avancement d'échelon à compter du 1er janvier 2017
- A compter du 1er janvier 2018, création d'un nouveau grade à accès fonctionnel « Attaché hors classe ».

Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé

Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé

Ces textes prévoient la création du service sanitaire pour les étudiants en santé dès la rentrée 2018. Sont concernés les étudiants en :

Lisa BOVIS

Attachée d'Administration
Hospitalière

Assistance Publique – Hôpitaux
de Marseille

- première année du diplôme de formation approfondie en sciences maïeutiques ;
- troisième année du diplôme de formation générale en sciences médicales ;
- première année du diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques ;
- deuxième année du diplôme de formation approfondie en sciences pharmaceutiques ;
- deuxième année de formation en sciences infirmières ;
- deuxième année de formation en masso-kinésithérapie.

Le service sanitaire durera six semaines à temps plein (formation théorique, travail personnel, préparation de l'action de prévention, réalisation et évaluation).

De plus, une indemnité forfaitaire de déplacement d'un montant de 130€ bruts sera versée aux étudiants par leur établissement d'inscription pour toute la durée de l'action.

Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie

Ce décret crée le statut de docteur junior dès la phase 3 dite de consolidation conformément aux nouvelles maquettes de formation définies dans la réforme du 3ème cycle en 2017. Ces dispositions entrent en vigueur au 1er novembre 2020, année où débiteront les premières phases de consolidation. Ces étudiants de 3ème cycle sont nommés par le DG du CHU après validation des connaissances et compétences nécessaires à la phase 2 dite d'approfondissement. Excepté la question de la rémunération qui n'est pas tranchée puisque l'arrêté d'application n'a pas été publié, le statut de docteur junior est calqué sur le statut de l'étudiant de 3ème cycle (ex-interne).

Par ailleurs, le décret susvisé prévoit la création d'une nouvelle indemnité pour ces étudiants : l'indemnité forfaitaire d'hébergement dès le semestre de novembre 2018. Les conditions d'éligibilité sont les suivantes si les conditions ci-après sont remplies :

- L'étudiant doit être en stage dans une zone géographique sous dense définie par le directeur de l'ARS (article L 1434-4 du Code de la Santé Publique)
- La distance entre le domicile de l'étudiant et le lieu de stage ainsi que la distance entre le lieu de stage et le CHU doivent être respectivement au moins égales à 30 km.

Arrêté du 3 juillet 2018 fixant le montant d'une indemnité forfaitaire d'hébergement des étudiants du troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie

Le montant de l'indemnité forfaitaire d'hébergement est fixé à 200€ bruts par mois.

Arrêté du 14 juin 2018 portant ouverture du concours national de praticien des établissements publics de santé (session 2018)

Il s'agit de l'arrêté ouvrant la campagne de recrutement des praticiens hospitaliers ainsi que la procédure d'inscription.

Décret n° 2018-731 du 21 août 2018 portant dispositions statutaires communes à certains corps de catégorie A de la fonction publique hospitalière à caractère socio-éducatif

A compter du 1er février 2019, les Conseillers en Education Sociale et Familiale, les Educateurs Techniques Spécialisés, les Educateurs Jeunes Enfants et les Assistants-Socio-Educatif seront reclassés en Catégorie A et bénéficieront d'un nouveau statut particulier.

Décret n° 2018-732 du 21 août 2018 relatif au classement indiciaire applicable aux corps des conseillers en économie sociale et familiale, des éducateurs de jeunes enfants, des éducateurs techniques spécialisés, des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière
& Arrêté du 21 août 2018 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux membres des corps des conseillers en économie sociale et familiale, des éducateurs techniques spécialisés, des éducateurs de jeunes enfants et des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière

Ces deux textes prévoient les évolutions indiciaires des agents relevant de la filière socio-éducative du fait de leur reclassement au sein de la catégorie A.

Décret n° 2018-733 du 22 août 2018 relatif aux formations et diplômes du travail social

Décret n° 2018-734 du 22 août 2018 relatif aux formations et diplômes du travail social

Arrêté du 22 août 2018 relatif au diplôme d'Etat d'éducateur technique spécialisé

Arrêté du 22 août 2018 relatif au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé

Arrêté du 22 août 2018 relatif au diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants

Arrêté du 22 août 2018 relatif au diplôme d'Etat de conseiller en économie sociale familiale

Arrêté du 22 août 2018 relatif au diplôme d'Etat d'assistant de service social

Arrêté du 22 août 2018 relatif au socle commun de compétences et de connaissances des formations du travail social de niveau II

L'ensemble de ces textes met à jour les différentes formations relatives aux métiers du travail social suite à la parution du nouveau statut particulier.

DIALOGUE SOCIAL

Arrêté du 13 juillet 2018 relatif aux modalités d'organisation du vote électronique par internet pour l'élection des représentants des directeurs de la fonction publique hospitalière aux commissions administratives paritaires nationales et au comité consultatif national de la fonction publique hospitalière pour les élections professionnelles fixées du 29 novembre au 6 décembre 2018

Cet arrêté prévoit le recours au vote électronique exclusif pour les élections professionnelles des instances suivantes :

- Commissions Administratives Paritaires Nationales
- Comité Consultatif National de la Fonction Publique Hospitalière

Les directeurs régulièrement inscrits sur les listes électorales pourront voter du 29 novembre 2018, 10 heures, heure de Paris, au 6 décembre 2018, 17 heures, heure de Paris.

Arrêté du 16 juillet 2018 modifiant l'arrêté du 4 juin 2018 fixant la date des prochaines élections professionnelles, dans la fonction publique hospitalière

Pas de modification substantielle avec l'arrêté du 4 juin si ce n'est une application de cet arrêté également à l'AP-HP.

Arrêté du 1er août 2018 relatif aux documents électoraux utilisés pour l'élection des représentants du personnel aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière autres que celles compétentes pour l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, à la commission consultative paritaire et au comité

technique d'établissement des établissements publics de santé, des établissements publics sociaux et médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaires de moyens de droit public

Cet arrêté prévoit le formalisme que doivent respecter les documents électoraux relatifs aux élections professionnelles de 2018 pour les établissements n'ayant pas opté pour le vote électronique (vote à l'urne et/ou vote par correspondance).

Décret n° 2018-695 du 2 août 2018 relatif aux instances de dialogue social de la fonction publique hospitalière

Ce décret rend officielles les différentes précisions et nouveautés pour les élections professionnelles de 2018 déjà annoncées dans le guide publié par la DGOS, notamment :

- Précisions apportées sur les agents à prendre en compte pour le calcul des effectifs pour les établissements et pour les GCS (personnels mis à disposition, positions statutaires...)
- Plus d'obligation de preuve par lettre recommandée avec accusé de réception mais "par tout moyen conférant date certaine";
- Les sections de vote disparaissent au profit des bureaux de vote secondaires;
- Précisions dans le contenu du procès-verbal de déclaration des résultats;
- Modification de composition des bureaux de vote.

Attention : du fait des modifications successives des textes, la part des hommes et des femmes à prendre en compte est à déterminer 4 mois avant le début du scrutin.

FORMATION ET GPEC

Décret n° 2018-596 du 10 juillet 2018 relatif à l'établissement des listes nominatives des infirmiers et des pédicures-podologues salariés en vue de

leur inscription au tableau de l'ordre et modifiant le décret n° 2016-746 du 2 juin 2016 relatif à l'établissement des listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes salariés en vue de leur inscription au tableau de l'ordre

Note d'information N° DGOS/RH2/2018/169 du 10 juillet 2018 accompagnant le décret n° 2018-596 du 10 juillet 2018 relatif à l'établissement des listes nominatives des infirmiers et des pédicures-podologues salariés en vue de leur inscription au tableau de l'ordre et modifiant le décret n° 2016-746 du 2 juin 2016 relatif à l'établissement des listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes salariés en vue de leur inscription au tableau de l'Ordre

Le décret et la note d'information prévoient que chaque établissement employant des infirmiers et/ou des pédicures-podologues doit dresser la liste des professionnels concernés comprenant un certain nombre d'informations (nom, prénom, adresse, date et lieu de naissance etc...) et l'adresser au conseil départemental de l'ordre compétent. Cela permettra d'identifier les professionnels non-inscrits à l'Ordre et de les contacter afin d'y remédier. Si le professionnel ne se manifeste pas auprès du Conseil de l'Ordre, son autorisation d'exercice pourra être suspendue.

Ces listes devront être transmises avant le 1er octobre 2018.

Puis, il conviendra désormais d'adresser une fois par trimestre les listes nominatives comprenant l'ensemble des professionnels salariés dans l'établissement relevant de l'employeur, y compris ceux dont les données ont déjà été transmises à l'ordre et qui sont inscrits au tableau.

Instruction N° DGOS/RH4/DGCS/4B/2018/175 du 16 juillet 2018 relative aux orientations retenues pour 2019 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Cette instruction présente les orientations nationales en matière de formation et de développement des compétences pour 2019 notamment :

- Le management dans les GHT
- Violences sexistes et sexuelles au travail
- Prise en charge des psychotraumatismes qu'ils soient liés au travail ou non
- Continuité de la démarche QVT
- Développement des ressources humaines
- Promotion de la santé
- Développement de la télé-médecine
- Renforcement de la démarche éthique dans les établissements

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

Ce décret prévoit une nouvelle formation complémentaire au diplôme d'Etat d'Infirmier. Ce nouveau diplôme permettra aux professionnels de voir leurs compétences et missions élargies (prescription, acte d'évaluation clinique...) dans les domaines suivants :

- Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires;
- Oncologie et hémato-oncologie ;
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale

Afin de pouvoir bénéficier de ce statut, il conviendra de :

1. Obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans la mention correspondant au domaine d'intervention ;
2. Justifier de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier ;
3. Etre enregistré auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin.

Arrêté du 19 juillet 2018 modifiant l'arrêté du 23 novembre 2009 fixant la liste des diplômes et certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d'études promotionnelles par les agents des établissements énumérés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Du fait de la publication du décret sur la création d'un diplôme d'Etat d'Infirmier en pratique avancée, cette formation sera désormais éligible au dispositif de promotion professionnelle.

PERSONNEL MÉDICAL

Décret n° 2018-639 du 19 juillet 2018 relatif au Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé

Ce décret prévoit la création d'un Conseil Supérieur des personnels médicaux national compétent pour l'examen des projets de texte relatifs à ces professionnels, prévention des risques professionnels, santé et qualité de vie au travail ainsi qu'au développement de la GPEC médicale.

Arrêté du 14 août 2018 rappelant pour l'année 2018 et projetant pour la période 2019-2022 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision territoriale.

Fonction publique – secteur privé, bonnet blanc et blanc bonnet ?

Judith Chétrit, Adeline Frage. **Liaisons sociales magazine n° 193, juin 2018, p. 18 à 28**

Le dossier passe en revue détaillée dix grands domaines de gestion des fonctionnaires (recrutement, rémunération, emploi, durée du travail, mobilité, formation professionnelle, évaluation, égalité professionnelle, retraite et représentation syndicale) et analyse les différences entre secteurs public et privé. La question du rapprochement des deux régimes est récurrente ; elle interroge les différences qui persistent et sont perçues comme injustes, mais aussi les recours dans le secteur public à des outils du privé réputés brutaux (recours accru aux contractuels, introduction de la rémunération au mérite, mise en œuvre d'un plan de départs volontaires par ex). Les fonctionnaires subissent des préjugés liés à la garantie de leur emploi. Pourtant, entre surcharge d'activité, recours accru aux contractuels, lignes managériales obscures, managers peu expérimentés et comportements hostiles des usagers, ils expriment un malaise croissant.

Quels engagements syndicaux pour les jeunes ?

Sophie Bérout, Fanny Chartier, Camille Dupuy, Marcus Kahmann, Karel Yon. **Eclairages-Ires n° 11, mai 2018. 15 p.**

L'engagement syndical est supplanté chez les jeunes par d'autres causes ou modalités d'action. Les jeunes générations seraient ainsi éloignées sinon déifiantes envers syndicats et syndicalistes Cette étude s'intéresse aux interactions réciproques entre jeunes et syndicats.

Consolider le travail d'équipe en santé : Apports de l'expérience en psychiatrie

Haliday, Héloïse ; Khidichian, Frédéric ; in **Revue hospitalière de France, n° 582, mai-juin 2018, pp.17-21.**

Entre QVT et efficience, le travail d'équipe est présenté par la littérature comme un formidable levier de performance dans les ES, améliorant la sécurité, la qualité des soins et diminuant les RPS. Pour autant, qu'est-ce qui fonde le sens d'un travail collectif au-delà des relations interpersonnelles ? Des outils de collaboration, de gestion des conflits et de communication sont indispensables, si les tâches de chacun ont été bien définies, sont équilibrées et complémentaires au sein de l'équipe pluriprofessionnelle. La culture et les méthodes expérimentées en psychiatrie sont précieuses : « La réunion institutionnelle représente un temps tout aussi fondamental [...] qui participe à éviter l'éclatement de conflits ou le déclenchement de burn-out. Ces temps où les questions institutionnelles sont évoquées permettent à chacun de considérer l'importance de sa place au sein de l'ensemble des acteurs du soin. Les questions traitées et débattues en commun concernent l'organisation du service, ses projets, ses partenaires et sa politique de ressources humaines. [...] Cette dynamique positionne chaque agent comme sujet et non objet du processus décisionnel et lui attribue une place dans l'équipe à laquelle il appartient ».

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.infodiuim.fr
tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 infodiuim@infodiuim.fr - www.sante-rh.fr Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnee
Conseiller scientifique : Jérôme Lartigau - Mise en page : Yohann Roy, Publatis - Abonnement et publicité : Nadine Giraud - 11 numéros par an - Abonnement 300,00 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
© Infodiuim – Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



BULLETIN D'ABONNEMENT



Santé RH

A compléter et renvoyer à :
Santé RH - Infodiuim - 69, avenue des Ternes 75017 Paris
TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60 - infodiuim@infodiuim.fr

W108

1 an, 11 numéros,

et l'accès au site

www.sante-rh.fr

(consultation de la base de données)

au prix de **300 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

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

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

Adresse de facturation si différent :

Code Postal : Ville :

Cachet /Date
Signature

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

Infodiuim - 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 2018 au 31 Décembre 2018.