# Santé RH

Revue de gestion du personnel médical et hospitalier des établissements de santé

Mensuel - novembre 2023 - N°165

# ÉDITORIAL

### Exemplarité et leadership aujourd'hui

Nous ressentons de nos jours deux dissonances, individuelle et collective. D'un côté, le récit moderne ordonne à l'individu que pour vivre pleinement sa vie, celui-ci doit être original et authentique. Pourtant, les parcours de vie se ressemblent de plus en plus, les goûts, les loisirs et les opinions se standardisent. La pratique soignante à l'hôpital, le travail technique ou administratif, sont règlementés. Ce qui entraine une recherche excessive et vaine pour se distinguer encore plus de ses semblables. On s'agace facilement de ce qui nous ressemble. On entend parler de liberté à mesure qu'augmentent les règles. D'un autre côté, ce phénomène se redouble avec une nouvelle lubie managériale : celle d'être ou de suivre un leader. Quelqu'un d'exemplaire. Mais voilà le hic : désormais le management horizontal propose, sur le modèle de la démocratie, que chacun, quelle que soit sa position hiérarchique et son métier, puisse prendre part aux projets ou décisions qui le concernent. Bref : on entend parler de leadership ou d'exemplarité à mesure que se déploie le management participatif de type collaboratif. Ces phénomènes sont-ils contradictoires ? En vérité, nous sommes tous traversés par cette tension : « L'homme ne se sent pas achevé dans cette vie d'en bas. Il porte en lui, pour ainsi dire, un exemplaire mystérieux du monde antérieur et ultérieur, du monde parfait, auquel il compare sans cesse et comme malgré lui le monde imparfait »[1]. Il y aura toujours cette ambivalence entre le désir paisible de l'égalité, et l'admiration profonde pour des figures singulières. Que nous cherchions à incarner ces personnes exemplaires, ou que nous soyons inspirés par elles. La complexité de faire émerger des personnes originales au sein de collectif de travail réside en ceci : il faut garder à l'esprit que le leadership, avatar New Age du charisme, n'est pas donné à tout le monde. Malgré le discours des organismes de formation. L'enjeu pour les managers est d'identifier les personnes capables d'inspirer des collectifs qui resteront toujours méfiants. L'exemplarité doit trouver sa source dans les valeurs de l'établissement. Et ne pourra souffrir d'aucunes exceptions. Voilà pourquoi, il n'est pas à la portée de tous. Et qu'il n'est que provisoire. L'exemplarité est une tension exigeante, et un investissement personnel trop important pour en faire sa carrière. Dans une équipe, le leader n'est pas original pour lui-même, ce qui le distingue de l'égoisme contemporain. Ce n'est pas le leader conquérant, arrogant, mais plutôt humble et déterminé. Il doit être désintéressé. Finalement, ça existe une personne singulière qui ne se démarque pas pour son intérêt propre mais uniquement pour embarquer les autres sans les dominer? Peut-être qu'un leader permanent, qu'un ou une responsable exemplaire, possède une disposition particulière qui ne relève plus de la simple compétence. On parle alors de dispositions subjectives, de personnalité, de caractère.

#### Frédéric SPINHIRNY

Directeur des Affaires Médicales du CHU de Tours Philosophe - Dernier ouvrage paru, Les caractères aujourd'hui, Editions Payot, novembre 2022

#### [1] V.HUGO, Napoléon le Petit, 1852, p.169, cité par le Trésor de la langue française, à l'article «exemplaire».

# SOMMAIRE

#### STRATÉGIE & PILOTAGE

La gestion des effectifs à l'hôpital : la gestion prévisionnelle annuelle et l'anticipation des pénuries d'emploi ...... p2

#### PROSPECTIVE & MANAGEMENT

#### JURISPRUDENCE

#### VEILLE RÈGLEMENTAIRE

.....p16

#### VEILLE DOCUMENTAIRE / AGENDA

.....p19 ; 20

# GESTION PRÉVISIONNELLE

# La gestion des effectifs à l'hôpital : la gestion prévisionnelle annuelle et l'anticipation des pénuries d'emploi

Dans ce troisième article, il est préconisé de mettre en place une véritable gestion prévisionnelle annuelle des effectifs qui intègre les divers aléas, afin d'éviter ou tout au moins de limiter les pénuries d'emploi. Cela implique le développement d'outils spécifiques, de procédures, d'études ciblées aboutissant à des pratiques de GRH qui anticipent mieux l'avenir.

Jean-Pierre DANOS,

Directeur du cabinet Albédo Conseil

Alexia JOLIVET,

Consultante au cabinet Albédo Conseil

### Le triptyque infernal absentéisme/ turn over/ pénuries d'emploi

Aujourd'hui, et notamment depuis la crise du COVID, les problématiques majeures les plus souvent rencontrées dans les hôpitaux en matière de gestion des effectifs sont constituées par le triptyque absentéisme/turn-over/pénuries d'emploi. Chacun des éléments du trio contribue à alimenter les deux autres dans une logique de dégradation aggravée. Tout hôpital confronté à ce trio se retrouve en perte d'attractivité. Dans cette configuration, les équipes comme les cadres se retrouvent dans une sorte d'épuisement comme des passagers sur un canot en train de couler dans lequel on s'échine à écoper sans fin et sans résultat.

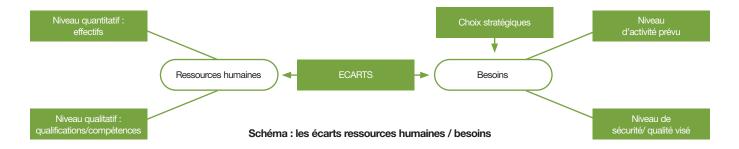


L'un des objectifs majeurs des DRH et des directions des soins est alors de réussir à sortir de ce cercle infernal et vicieux pour passer à un mécanisme vertueux.

# La gestion prévisionnelle annuelle des effectifs

Si plusieurs leviers d'actions vont devoir être mobilisés pour améliorer l'attractivité pour inverser la tendance, nous nous intéressons ici uniquement à la qualité de la gestion prévisionnelle des effectifs et des processus associés (recrutement et intégration, gestion des plannings et de l'absentéisme, etc.). En matière de gestion prévisionnelle, nous nous centrons ici sur la gestion prévisionnelle annuelle (l'année civile et/ou les 12 mois à venir) pour laquelle un nombre important de bonnes pratiques est à structurer et à développer.

Pour rappeler quelques repères théoriques et méthodologiques, le modèle de la gestion prévisionnelle des effectifs est celui de la gestion et de l'anticipation des écarts. Les démarches et actions inhérentes visent à mieux maîtriser les écarts entre ressources humaines et besoins.



Contrairement à ce que pourrait faire croire le schéma précédent (un peu trop simple), les écarts besoins / ressources sont dynamiques. La gestion prévisionnelle des effectifs est un processus continu et actif qui doit s'adapter aux évolutions. Cela nécessite une approche, des démarches et des outils qui tentent de prévoir l'avenir dans les 12 mois à venir, mais qu'il faut constamment réajuster et actualiser.

Ainsi dans le schéma ci-après, on voit bien qu'il y a plusieurs temporalités à traiter en simultané: il y a les écarts besoins / ressources actuels qui appellent des mesures correctives rapides. Un grand nombre de directions de ressources humaines hospitalières sont organisées pour gérer ces écarts au fil de l'eau (ceux qui correspondent à la phase 1 du schéma), mais elles sont nettement moins nombreuses à aller au-delà (phase 2 du schéma). Ainsi les postes à pourvoir sont identifiés au fur et à mesure avec une faible anticipation et traités dans la foulée.

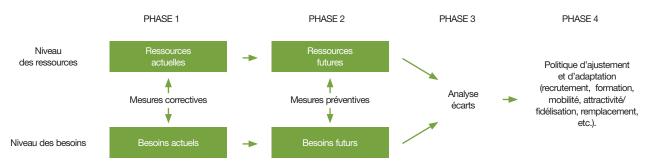


Schéma: les écarts dynamiques ressources humaines / besoins

Le schéma sur les écarts dynamiques montre qu'un travail sur d'autres temporalités, notamment celles sur les écarts ressources futures / besoins futurs, est à réaliser pour parler réellement de gestion prévisionnelle des effectifs.

# De manière plus opérationnelle, qu'est-ce que cela implique ?

Au niveau de la phase 1 (mesures correctives), il convient de bien connaître les ressources actuelles, à savoir :

- Les effectifs budgétés,
- Les effectifs affectés,
- Les effectifs présents et absents (au moins sur longue période),
- Les effectifs rémunérés,
- · Les effectifs selon leurs statuts,
- Les effectifs en restriction d'aptitude,
- Etc.

Au niveau de la phase 1 (mesures correctives), il convient de bien connaître également les besoins actuels, à savoir :

• Les effectifs nécessaires pour faire fonctionner les services, ce qui suppose de disposer à l'échelle de l'établissement des maquettes organisationnelles validées, et ce pour chaque service,

- Les effectifs de remplacement,
- · Les postes non pourvus.

Cette connaissance des besoins et des ressources actuels doit être précisée et segmentée (niveau établissement, pôles, services, unités fonctionnelles).

Rien que cette connaissance nécessite des procédures et des outils performants et fiables, mais aussi partagés entre la DRH, les autres directions et l'encadrement. Or, comme nous l'avons vu dans le premier article de cette série<sup>[1]</sup> consacré à la gestion des effectifs, tous les hôpitaux ne disposent pas toujours d'outils suffisamment robustes et complets dans ces domaines.

<u>L'analyse des écarts besoins / ressources actuels (phase 3)</u> permet donc de définir et mettre en œuvre les mesures correctives les plus appropriées. On peut les suivre en termes de performance grâce à des <u>indicateurs d'écarts besoins / ressources</u> comme le nombre de postes non pourvus (global, par métiers, par service), les taux de remplacement de l'absentéisme, la dette sociale (congés ou RTT non pris), le volume des heures supplémentaires, le nombre d'agents en restriction, etc.

Au niveau de la phase 2 (mesures préventives), il convient de bien connaître les ressources futures sur l'année à venir (ce qui est plus difficile), à savoir une projection sur les effectifs budgétés, affectés, présents et absents (sur la base des historiques de l'absentéisme, mais aussi des arrêts prévus tels comme la maternité, les départs en formation, les arrêts pour intervention chirurgicale, etc.), les effectifs rémunérés, les effectifs en restriction d'aptitude. Cette projection doit être complétée par les départs pour retraite, mais aussi s'appuyer sur le turn-over et les entrées / sorties par métier (à étudier sur la base des historiques des années antérieures). On peut aller encore plus loin en « saisonnalisant » les flux d'entrées et de départs, par exemple en tenant compte des périodes avant les sorties d'écoles (vaches maigres) et les périodes de sorties d'école où il faut recruter au mieux.

Toujours au niveau de la <u>phase 2 (mesures préventives)</u>, il convient de <u>bien connaître les besoins futurs, à savoir une projection sur les effectifs cibles sur les mois de l'année à venir, ce qui suppose de bien connaître les réorganisations, les extensions ou réductions de capacités, l'ouverture de nouveaux services, etc. Tous ces changements doivent être anticipés au travers de maquettes organisationnelles cibles permettant de connaître les besoins en effectifs futurs.</u>

L'analyse des écarts besoins / ressources futurs (phase 3) permet donc de définir et mettre en œuvre les mesures préventives les plus appropriées. <u>Seul le passage à la phase 2 permet de dire que l'on est dans une pratique de gestion prévisionnelle des effectifs</u>.

#### La gestion prévisionnelle annuelle des effectifs, la nécessité d'être bien outillé

La gestion prévisionnelle annuelle des effectifs nécessite de mettre en place plusieurs outils :

- Un tableau prévisionnel mois par mois des besoins en effectifs alimenté par la maquette organisationnelle et les organisations cibles,
- Un tableau des effectifs mois par mois (dans leurs différentes déclinaisons), alimenté par diverses études (absentéisme, turn-over, etc.) en prévisionnel et en réel. Ce tableau peut être plus fin et aller jusqu'à la conversion des heures supplémentaires en effectif,
- Un tableau des écarts par métiers et services, c'est-à-dire les effectifs à recruter (en interne et/ ou en externe),
- Un <u>plan prévisionnel annuel de recrutement</u> (réactualisé chaque mois) qui prévoit plusieurs mois à l'avance les effectifs à embaucher selon chaque métier.

On a tout intérêt à ce que ces outils soient informatisés (à défaut en programmation sous Excel) au sein du SIRH et centralisés au niveau de la DRH, ne serait-ce que pour la fiabilité des données et l'allègement de la

charge de travail pour les utilisateurs. Pour fonctionner, ces outils nécessitent un système de réunions annuelles (avec chaque direction, pôle, voire service selon la taille de l'hôpital), mais aussi mensuelles (pour la nécessaire actualisation régulière) qui vont de pair avec certaines procédures. On peut noter que si le système d'information RH et de gestion doit être centralisé (le même pour tous), les plans de recrutement et d'adaptation peuvent être délégués selon les modes de management en vigueur ou souhaités.

# Pour être efficace, la planification annuelle des effectifs doit intégrer les aléas et la saisonnalité

Ces aléas sont bien connus : absentéisme, turn-over, difficultés à recruter à certaines périodes, etc.

Au niveau des besoins en effectifs, il faut noter qu'ils ne sont pas linéaires tout au long de l'année. Ainsi, pour parler de l'absentéisme, il a un caractère saisonnier (à étudier pour chaque hôpital) : par exemple, il est plus élevé de novembre à mars en règle générale qu'en juillet / août. Les besoins pour le remplacer ne sont pas les mêmes selon les mois de l'année. Inversement, les besoins pour remplacer des agents qui partent en congés annuels sont plus élevés l'été que l'hiver. Autre exemple, il y a des pics d'activité dans certains services avec une logique parfois saisonnière (pédiatrie avec la bronchiolite de novembre à mars) qui vont nécessiter plus d'effectifs. D'autre fois, ces pics ou creux d'activité peuvent être plus aléatoires.

Il convient donc d'intégrer les aléas dans le plan prévisionnel annuel de recrutement.

Or, si on n'intègre pas les aléas, la planification annuelle des effectifs va échouer ou être moins efficace. A ce niveau l'indicateur à suivre d'une année à l'autre sera le nombre de postes vacants, global et par métiers, qui est l'arbitre final pour apprécier l'amélioration de la qualité de ce process.

### La prise en compte des aléas en pratique dans la gestion et la planification prévisionnelle des effectifs

Pour mieux comprendre la prise en compte des aléas, on peut prendre un l'exemple d'un hôpital qui compte 502 etp IDE, mais 626 effectifs physiques (du fait des temps partiels et des temps non complets). On observe un turn-over moyen (tous départs confondus comme les démissions, les retraites, etc.) sur les 3 dernières années de 14 % soit 88 agents. Il compte un pool de 18 etp IDE, toutes à temps plein. Par ailleurs, sur la dernière année, il a consacré l'équivalent de 12.6 etp au paiement d'heures supplémentaires. Le DRH se rend compte que chaque année, malgré les recrutements de sortie des IFSI, dès le mois d'octobre ou de novembre, il connaît des pénuries importantes d'infirmières qui durent pratiquement jusqu'au mois de juillet suivant. Il décide d'étudier les effectifs de manière fine ainsi que l'absentéisme. Son étude fait ressortir que :

- Le recrutement des IDE se fait massivement sur le mois de septembre,
- Que le nombre d'IDE recrutées en sorties d'école ne couvre les besoins que sur deux mois (pour ne pas être en pénurie d'emploi). La quantité des personnes recrutées n'intègre pas le turn-over naturel et encore moins celui des IDE en sortie d'école qui pour près de 12 % d'entre elles ont quitté l'établissement dès la fin du mois de décembre,
- Pour compenser ces pénuries, dès le mois d'octobre / novembre, alors que c'est la période où l'absentéisme augmente, il est obligé d'utiliser entre 7 et 9 infirmières du pool pour pouvoir les postes vacants, amputant d'autant sa capacité de remplacement.

Suite à cette étude, il décide :

- De « sur recruter » 10 IDE dès la sortie d'école,
- D'étaler les recrutements les plus importants entre juillet et octobre puis tout au long de l'année pour les autres.
- De proposer aux IDE recrutées l'été de remplacer les agents en congés annuels puis d'être affectées aux postes de remplacement,
- Des proposer aux IDE recrutées l'été si elles sont en sureffectif d'être mises en doublure pour se former



dans les futurs services d'affectation préemptés ou de remplacer des agents dont les compteurs temps sont trop élevés (congés ou RTT non pris) ou qui souhaitent récupérer des heures supplémentaires,

- De développer plusieurs statuts et les quotités de temps de travail au sein du pool de remplacement pour mieux adapter selon les moments de l'année son dimensionnement.
- De développer la communication et la « marque employeur » auprès des IFSI de la région.
- De travailler et « muscler » le processus d'intégration des infirmières recrutées en sortie d'école.

Résultats de ces décisions, la pénurie d'emploi au niveau des IDE entre octobre et juin de l'année suivante oscille entre 1 à 4 IDE, au lieu de 12 à 20 les années précédentes.

### Dans la gestion prévisionnelle annuelle, intégrer la dimension qualitative

Il n'existe pas de gestion des effectifs purement quantitative. Il y a toujours une ou plusieurs dimensions qualitatives (qualifications, compétences, adéquation du projet professionnel au poste, etc.). Aussi, il convient de :

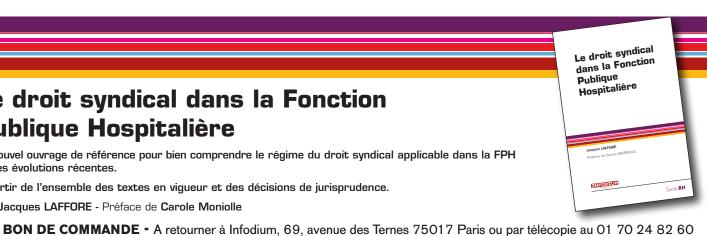
- Prévoir des périodes de recrutement suffisamment en amont pour les postes les plus « stratégiques ».
- Organiser des entretiens de mobilité avec les salariés volontaires pour pourvoir en interne si possible.
- Prêter une attention particulière à la période d'intégration (procédures, mais aussi et surtout pratiques et attitudes de l'équipe et de l'encadrement en matière d'accueil et de transmission du savoir).
- Prévoir une politique de formation anticipée pour faire monter en compétences les employés.

# Le droit syndical dans la Fonction Publique Hospitalière

Le nouvel ouvrage de référence pour bien comprendre le régime du droit syndical applicable dans la FPH et ses évolutions récentes.

A partir de l'ensemble des textes en vigueur et des décisions de jurisprudence.

Par Jacques LAFFORE - Préface de Carole Moniolle



	HT	TTC
OUI, Je commande exemplaire(s) du livre		
« Le droit syndical dans la Fonction Publique Hospitalière » par Jacques Laffore, 350 pages		
(ISBN 978-2-9559203-7-4) TVA : 5,5 %	71,09	75,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	5,00	6,00
□ Mme, □ Mile, □ M.	Total	
Nom:		
Établissement :		
Fonction : Je règle par	:	

Fonction :		 
Adresse :		 
Code Postal :		
Téléphone :	Fax :	 
E-mail :		
Cachet / Signature		
· ·		



69, avenue des Ternes 75017 Paris Tél.: 09 81 07 95 76 - Fax: 01 70 24 82 60 couriel: infodium@infodium.fr

d'INFODIUM. Je recevrai une facture justificative.

☐ Chèque bancaire ou postal à l'ordre

☐ A réception de facture (avec RIB)

# Le cadre de pôle à hôpital Quelle est sa place, son rôle, ses missions et son devenir ?

Pour bien appréhender la place du cadre de pôle et l'apparition de cette fonction au sein des établissements de soins, il est nécessaire de reprendre l'historicité des fonctions d'encadrement et ainsi, de comprendre le processus de professionnalisation des soignants, devenus des manageurs. En effet, l'hôpital n'a cessé de faire évoluer ses modes de prises en charge pour répondre aux différentes injonctions financières. A cela, est venu s'ajouter la montée en puissance de la traçabilité, des performances à celle de la traçabilité de la qualité. Puis, l'arrivée des 35 heures et l'annualisation du temps de travail a modifié le rapport au travail et a rajouté de la complexité dans les organisations. Dès lors, tout change, les organisations et les modalités des prises en charge des patients. Ces nouveaux contextes engendrent une utilisation maximale des moyens et en même temps, la satisfaction du patient. Est-ce possible d'ailleurs, dans le paradigme de la santé ? Et quelle est la place du cadre de pôle dans ce contexte de financiarisation des soins ?

Le management des équipes prend alors toute son importante et le rôle du cadre de pôle devient central. Car il se trouve à l'interface des différentes logiques hospitalières. Sa place et sa position le confronte parfois à des contradictions et des conflits de valeurs. Dans ces organisations, quelle peut être la réponse du cadre de pôle pour faire face aux situations quotidiennes, sources de conflits de valeurs pour les professionnels ? Et quelle peut-être son évolution dans les années à venir ?

#### Maria CRETANT

Cadre supérieure de santé

### La formation des cadres de santé à l'hôpital a connu plusieurs évolutions au fil du temps en lien avec la politique de santé.

En effet, dès le du XIXe siècle, on a vu émerger un personnel soignant « laïcisé » qui a marqué l'apparition des ancêtres des cadres de santé dans les hôpitaux. Puis dans les années quarante, les « surveillantes » qui acquièrent alors, une existence officielle par voie de décret. Dans les années soixante, une formation diplômante pour les "surveillantes" est mise en place. Il faut ensuite attendre presque une vingtaine d'années pour qu'une ligne hiérarchique infirmière s'affirme face au pouvoir médical et administratif, avec la création de la fonction d'infirmière générale. Dans les années quatre-vingt le milieu hospitalier connaît un revirement politique et économique qui instaure une logique gestionnaire de restriction budgétaire relevant du « Nouveau Management Public ». Les directions des hôpitaux comptent sur leur encadrement de « proximité » pour garantir une application efficace de leurs décisions.

A l'aune des années deux mille, la réforme de la formation des cadres change et s'oriente vers des apports en économie de la santé et en gestion<sup>[1]</sup>. Les « cadres infirmiers » sont rebaptisés « Cadres de Santé », perdant ainsi l'attache sémantique à leur métier d'origine.



En outre, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) a entraîné une évolution significative de la gouvernance hospitalière, renforçant l'implication médicale dans le management et la gestion médico-économique des établissements<sup>[2]</sup>. Dès lors, ce nouveau pilotage a modifié les lignes hiérarchiques et fonctionnelles entre les managers et les managés<sup>[3]</sup> avec l'apparition du cadre de pôle, notamment.

La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) par la loi de modernisation du 26 janvier 2016, a marqué un tournant, obligeant les managers hospitaliers à trouver leur place dans un nouvel espace empreint de coordination et d'alliance.

Aujourd'hui le cadre de pôle à l'hôpital a une fonction importante dans la gestion et l'organisation des services hospitaliers. Il met à disposition son parcours professionnel, ses expériences du terrain et les valeurs du service public dans la gestion hospitalière. Sa place lui permet ainsi d'analyser les parcours de soins dans le but de les améliorer et de les adapter aux nouveaux modes de prise en charges voire aux nouveaux outils numériques.

Ces adaptations montrent l'évolution de la formation des cadres de santé avec l'intégration dans le programme de la dimension managériale, en plus des compétences cliniques, pour pouvoir répondre aux besoins changeants du secteur de la santé.

Doit-on s'attendre à une nouvelle évolution dans les prochaines années ? Existera-t-il une formation certifiante et spécifique pour cadre de pôle avec la création d'un décret de compétences ? L'enjeu de la formation se situe, peut-être, dans la volonté de former les cadres de demain qui soient agiles, actifs et réactifs au système de santé et ancré dans un contexte sociétal et environnemental voire générationnel, en perpétuelle évolution ?

# D'ailleurs, le cadre supérieur de santé et le cadre de pôle à l'hôpital ont-ils des rôles différents ou complémentaires ?

En réalité, le cadre supérieur de santé (CSS) est un soignant qui exerce soit des fonctions transversales (en hygiène, qualité, formation continue, recherche), soit une responsabilité d'encadrement de pôle.

Le cadre de pôle est quant à lui, un membre d'un « trio de pôle », avec le médecin chef du pôle et le cadre administratif. Les cadres de santé et cadres supérieurs exercent un travail d'encadrement des équipes soignantes et paramédicales, correspondant à leur formation.

L'accès au grade de cadre supérieur de santé se fait par concours dans la fonction publique hospitalière ou par nomination dans la fonction pour les autres employeurs<sup>[4]</sup>. Cependant, il n'existe pas de formation réglementaire dédiée<sup>1</sup>. Habituellement, les cadres supérieurs de santé sont titulaires d'un diplôme de type Master 2.

Le cadre de pôle est généralement une promotion pour un cadre supérieur de santé. Il a une responsabilité plus grande dans la gestion et l'organisation du pôle. Il travaille en étroite collaboration avec le médecin chef du pôle et parfois le cadre administratif pour piloter l'organisation d'un pôle d'activités de soins médicaux, chirurgicaux, de radiologie ou encore de biologie, etc.<sup>[5]</sup>

Autrement dit, le cadre supérieur de santé a un rôle plus général dans l'encadrement des équipes soignantes et paramédicales, tandis que le cadre de pôle a une responsabilité spécifique dans la gestion d'un pôle d'activités.

Ces changements nécessitent des approches managériales différentes qui ont toutes en commun la mise en œuvre d'un management de proximité à distance.

[2]Conflits de rôle des cadres de santé à l'hôpital - EHESP. https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/edh/delastre.

[3] Chapitre 7. De médecin à chef de pôle - Cairn.info. https://www.cairn.info/le-management-de-poles-a-l-hopital--9782100581887-page-107.

[4]Cadre supérieur de santé - hopital.fr - Fédération Hospitalière de France. https://www.hopital.fr/Nos-metiers/Les-metiers-administratifs-logistiques-et-techniques/Cadre-superieur-de-sante.

[5]Cadre et cadre supérieur de santé dans la fonction publique .... https://infosdroits.fr/cadre-et-cadre-superieur-de-sante-dans-la-fonction-publique-hospitaliere-statuts-salaire-et-primes.

# Cela soulève des questions sur le rôle et la place de l'encadrement hospitalier dans les relations de proximité à distance

Toutes ces modifications ont nécessairement introduit de nouveaux défis. Le management à distance est devenu une réalité pour de nombreux cadres de pôle en raison de l'adoption croissante des technologies d'information et de communication (TIC). Cela a conduit à une mise à distance rapide des professionnels, de leurs établissements et de leurs managers, entrainant un management à distance avec des effets sur les professionnels. Par conséquent, un des défis du cadre de pôle est alors de pourvoir piloter les projets institutionnels où la confiance, l'autonomie et la loyauté sont le terreau de ces relations professionnelles.

Le travail et les missions du cadre de pôle sont très peu connus, c'est un travail souvent invisible et qui n'est pas toujours reconnu voire valorisé.

En effet, le cadre de pôle effectue un travail de liaison entre les cadres de santé, les équipes de soins et les patients, mettant de la cohérence entre des actions éclatées. Il sert d'intermédiaire entre le personnel soignant (Kinésithérapeute, diététicienne, préparateurs pharmacie, etc...), l'administration, les patients et leurs familles<sup>[6]</sup>. De plus, il coordonne les activités de soins, gère les plannings, assure la continuité des soins et supervise le respect des protocoles et des normes. Par ailleurs, il est responsable du recrutement, de la formation, de l'évaluation et du soutien du personnel. En outre, il est amené à gérer les conflits entre le personnel, entre les services et entre le personnel et les patients ou leurs familles. Il travaille à l'amélioration continue de la qualité des soins et à la prévention des risques. Enfin, il est impliqué dans la gestion budgétaire et le contrôle des coûts.

En définitive, le cadre de pôle a un rôle primordial dans la satisfaction de l'intérêt général de l'hôpital et la rentabilité.

Même si le cadre de pôle est un nouveau métier qui a évolué à partir du métier de soignant, il se situe entre les exigences et les complexités, nécessitant une nouvelle approche managériale<sup>[7]</sup>. La professionnalisation du cadre de pôle devrait être une priorité du Directeur des soins au regard de sa place au sein des établissements de soins. On peut alors, s'interroger sur la place que l'hôpital souhaite lui donner.

En principe, le contrat de pôle lui permet d'avoir une feuille de route car cette dernière définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Le cadre de pôle, par sa professionnalisation et son rôle dans la gouvernance hospitalière, contribue à la satisfaction de l'intérêt général de l'hôpital et à sa rentabilité même si son travail reste invisible et peu connu au sein des institutions.

Pour faire face aux prochains défis, le cadre de pôle doit bénéficier d'une formation continue spécifique et un soutien institutionnel pour lui permettre d'exercer efficacement ses missions.

# En réalité, les hôpitaux sont déjà confrontés à de nombreux défis

L'Instabilité financière semble le défi le plus important. En effet, la plupart des problèmes auxquels les hôpitaux sont confrontés résident dans des problèmes financiers, qui ne se limitent pas aux coupes budgétaires du financement gouvernemental, à l'augmentation ou à la tentative de diminution des coûts de fonctionnement, aux fonds insuffisants pour améliorer les installations et à la concurrence d'autres établissements de santé offrant les mêmes services.

Le manque de personnel de santé à l'hôpital est également un problème majeur. Par ailleurs, l'émergence des violences voire de décès de soignants pointe des problèmes de sécurité qui peuvent être un défi pour les hôpitaux.

[6]Cairn.info. https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2007-2-page.

[7]La professionnalisation du cadre de pôle - EHESP. https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/ds/rouzaudgay.

Dès lors, la communication et la formalisation de la politique de gouvernance prend toute son importante dans ces contextes. Précisément, l'inefficacité voire le manque de communication interne avec les différents acteurs peut entraı̂ner « une mue douloureuse », pourtant nécessaire, pour faire face au vieillissement de la population, aux maladies chroniques, aux thérapies extrêmement onéreuses, aux évolutions technologiques essentielles, au changement d'aspirations des professionnels et aux comportements différents des générations actuelles, qu'ils s'agissent des médecins, des paramédicaux ou des patients.

Néanmoins, ces problèmes peuvent varier en fonction du contexte spécifique de chaque établissement de soins.

# Le cadre de pôle à l'hôpital est essentiel pour faire face aux nombreux défis, ses missions et sa place sont corrélées aux évolutions constantes du système de soins alors on peut se questionner sur son devenir.

L'avenir du cadre de pôle à l'hôpital semble être marqué par plusieurs tendances importantes pour répondre au futur et aux différents défis.

Il sera probablement, de plus en plus appelé à adopter un rôle de gestionnaire avec une formation accrue en économie de la santé et en gestion<sup>[8]</sup>. Cela comprendra la gestion des budgets hospitaliers et la vérification de la pertinence des informations collectées au niveau de l'activité médicale. Il sera peut-être davantage, co-constructeur des contrats de pôle avec les chefs de pôle pour le développement de la contractualisation interne.

La délégation de gestion tant attendue par certains cadres de pôle sera peut-être systématique, renforçant sa responsabilité voire sa reconnaissance.

Cette évolution permettra, sans doute, de partir du terrain pour s'adapter aux besoins du territoire afin d'optimiser la lisibilité des « parcours-patients » tout en construisant des coopérations voire des complémentarités.

Ces tendances suggèrent que le rôle du cadre de pôle continuera d'évoluer pour répondre aux défis actuels et futurs du secteur hospitalier.

# Le cadre de pôle est-il une plus-value dans la gouvernance d'hôpital?

Le cadre de pôle est responsable de la gestion des ressources humaines, financières et matérielles de son pôle. Il peut en améliorer l'efficacité avec l'optimisation les ressources et l'expliciter auprès des professionnels

Qui plus est, le cadre de pôle porte la qualité et met en œuvre des initiatives pour améliorer la qualité des soins et optimiser la coordination des soins. Il encourage l'innovation en soutenant la recherche et le développement au sein de son pôle. D'ailleurs, cela peut conduire à de nouvelles approches pour améliorer les prises en charge. Il joue un rôle clé dans la formation et le développement du personnel. Il identifie les besoins en matière de compétences et met en place des programmes de formation.

Par ailleurs, il collabore avec d'autres services pour garantir une prise en charge coordonnée des patients notamment, lorsque le cadre de pôle à en charge les fonctions supports (brancardage, bionettoyage, laboratoire, pharmacie, etc.). Cela contribue à améliorer l'efficacité des circuits et à assurer une transition en douceur des patients entre les services.

Enfin, pour répondre à ses missions, une communication efficace est essentielle. Le cadre de pôle travaille à améliorer et à optimiser la communication au sein de son établissement.

Sa posture managériale et ses valeurs sont déterminantes pour être légitime dans cette fonction où son travail est souvent invisible et peu connu.

Le cadre de pôle reste un acteur crucial pour améliorer l'efficacité des hôpitaux mais ne risque-t-il pas d'être remplacé par un pur manageur issu d'une école de commerce dépourvu de la « culture soignante » ?



# Jurisprudence

#### Anna-Léa MARGINEAN

Avocate
Bazin & associés

# ABANDON DE POSTE

# Impossibilité de prendre une mesure de radiation des cadres pour abandon de poste à l'encontre d'un fonctionnaire n'étant pas affecté

Lorsqu'un agent n'a pas reçu une affectation correspondant à son grade, il ne peut être regardé comme ayant, faute d'avoir rejoint son poste ou repris son service, rompu de son fait le lien avec le service et ne peut dès lors faire l'objet d'une mesure de radiation des cadres pour abandon de poste.

#### CE, 11 octobre 2023 N°464419 - B

L'abandon de poste constitue une des hypothèses de licenciement visées à l'article L. 553-1 du code général de la fonction publique. Il correspond à la situation où un fonctionnaire, irrégulièrement absent de son poste, refuse, après mise en demeure, de reprendre le travail sans raison valable ou ne se manifeste pas dans le délai indiqué par la mise en demeure. L'administration peut alors considérer que l'agent a rompu de sa propre initiative le lien l'unissant au service et qu'en conséquence, il s'est placé en dehors du champ d'application des lois et règlements édictés en vue de garantir l'exercice des droits inhérents à son emploi.

La présente affaire donne l'occasion à la Haute juridiction de rappeler les grands principes qui régissent la légalité d'une mesure de radiation des cadres pour abandon de poste, sur la forme comme sur le fond.

En l'espèce, Monsieur A. ingénieur en chef des ponts, des eaux et des forêts, a été affecté le 14 janvier 2015 à la direction générale de l'enseignement et de la recherche du ministère chargé de l'agriculture. Suite à la réorganisation de cette direction en 2019 et à la suppression de l'entité au sein de laquelle il exerçait ses fonctions, Monsieur A. n'a fait l'objet d'aucune affectation.

Par courrier du 6 décembre 2021, la secrétaire générale du ministère de l'agriculture et de l'alimentation, estimant qu'il se trouvait en situation d'absence non justifiée depuis le 11 juin 2020, l'a mis en demeure de reprendre son service dans un délai de huit jours, sous peine de s'exposer à l'engagement d'une procédure de radiation pour abandon de poste. Cette mise en demeure a été réitérée par un courrier du 21 janvier 2022. Par un décret du 6 mai 2022, le Président de la République l'a radié des cadres pour abandon de poste. Monsieur A. a alors demandé au Conseil d'Etat l'annulation de ce décret.

La Haute assemblée a fait droit à sa requête.

La décision commentée, fichée en B, est intéressante à deux égards, ses apports étant applicables aux trois fonctions publiques.

Le Conseil d'Etat rappelle tout d'abord les conditions, bien établies, de régularité d'une procédure de radiation des cadres pour abandon de poste. C'est au regard du caractère exceptionnel de cette mesure que le juge administratif se montre très exigeant sur le respect de la phase préalable à la décision de radiation. La jurisprudence est constante en la matière.

Une mesure de radiation des cadres pour abandon de poste ne peut être régulièrement prononcée que si l'agent concerné a, préalablement à cette décision, été mis en demeure de rejoindre son poste ou de reprendre son service dans un délai qu'il appartient à l'administration de fixer (CE 10 octobre 2007 Centre hospitalier intercommunal André Grégoire n°271020).

La mise en demeure doit être écrite (CE 22 octobre 1993 Centre de pneumologie de Roquefraiche n°116329), notifiée à l'intéressé et précise sur le risque encouru d'une radiation des cadres sans procédure disciplinaire préalable (CE Section 11 décembre 1998 Casagranda).

Sur le fond, la présente décision réaffirme le droit de tout fonctionnaire en activité de recevoir une affectation correspondant à son grade (CE Section 6 novembre 2002 *Guisset* n°227147). Il s'agit d'un principe ancien (CE Ass. 11 juillet 1975 *Ministre de l'éducation nationale c/ Dame Saïd*).

L'apport majeur de cet arrêt réside dans l'affirmation du principe selon lequel l'affectation de l'agent est une condition sine qua non à la mise en œuvre à son encontre de la procédure de radiation des cadres pour abandon de poste : « sous réserve de dispositions statutaires particulières, tout fonctionnaire en activité tient de son statut le droit de recevoir, dans un délai raisonnable, une affectation correspondant à son grade. Lorsqu'un agent n'a pas reçu une affectation correspondant à son grade, il ne peut être regardé comme ayant, faute d'avoir rejoint son poste ou repris son service, rompu de son fait le lien avec le service et ne peut dès lors faire l'objet d'une mesure de radiation des cadres pour abandon de poste ».

En l'espèce, l'agent n'avait pas fait l'objet d'une affectation, malgré des échanges préliminaires sur la suite de son parcours professionnel avec sa hiérarchie, restés sans suite.

Certes selon la jurisprudence, la proposition formulée n'a pas à indiquer les caractéristiques de l'emploi ni une définition précise des tâches (CE 19 novembre 2007 *Commune de Neuhaeusel* n°s 296115 306419), mais en l'espèce aucune proposition claire n'avait été formulée.

La Haute juridiction considère ainsi que l'absence d'affectation faisait obstacle à ce que puisse être légalement prononcée à son encontre une mesure de radiation des cadres pour abandon de poste.

La procédure d'abandon de poste est un outil utile pour la gestion des ressources humaines au bénéfice de l'administration. Mais cet outil, qui est soumis à un formalisme très exigeant, doit être utilisé avec rigueur.



### PRATICIEN HOSPITALIER CONTRACTUEL - FIN DU CONTRAT

# Refus du dispositif de carrière hospitalière et conditions pour que soit versée au praticien hospitalier l'indemnité de fin de contrat

Le refus d'un praticien contractuel, employé en CDD, de souscrire un engagement de carrière hospitalière peut être assimilé à un refus de CDI, sous réserve de la possibilité d'obtenir un poste équivalent et de l'appréciation des chances sérieuses d'obtenir un tel poste. Cela a pour conséquence de l'exclure du bénéfice de l'indemnité de fin de contrat due à l'issue d'un CDD ne débouchant pas sur un CDI.

#### CAA de LYON 11 octobre 2023 N°22LY01356 - C+

Rappelons que les praticiens hospitaliers tirent leur droit au versement de l'indemnité de fin de contrat, dite « indemnité de précarité », de l'article R. 6152-418 du code de la santé publique, qui leur étend les dispositions du code du travail relatives à l'indemnité prévue à l'article L. 1243-8 du code du travail : « Lorsque, à l'issue d'un contrat de travail à durée déterminée, les relations contractuelles de travail ne se poursuivent pas par un contrat à durée indéterminée, le salarié a droit, à titre de complément de salaire, à une indemnité de fin de contrat destinée à compenser la précarité de sa situation (...) ».

Leur est également applicable l'article L. 1243-10 du code précité, qui dispose que cette indemnité n'est pas due « (...) 3° Lorsque le salarié refuse d'accepter la conclusion d'un contrat de travail à durée indéterminée pour occuper le même emploi ou un emploi similaire, assorti d'une rémunération au moins équivalente ; 4° En cas de rupture anticipée du contrat due à l'initiative du salarié, à sa faute grave ou à un cas de force majeure ».

Précisément, lorsqu'un praticien contractuel, employé dans le cadre de contrats à durée déterminée, est recruté comme praticien hospitalier dans le cadre du statut prévu au 1° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, la relation de travail se poursuit dans des conditions qui doivent être assimilées, pour l'application de l'article L. 1243-8 du code du travail, à celles qui résulteraient de la conclusion d'un contrat à durée indéterminée.

Lorsque l'établissement a déclaré vacant un emploi de praticien hospitalier relevant de la spécialité du praticien contractuel, le renoncement de ce dernier à sa nomination sur cet emploi, alors qu'il a été déclaré admis au concours national de praticien des établissements publics de santé prévu à l'article R. 6152 301 du code de la santé publique, ou un refus de l'intéressé de souscrire un engagement de carrière hospitalière comportant l'obligation, pour ce praticien, de se présenter au concours de praticien hospitalier peut être assimilé, au regard de l'existence de chances sérieuses d'obtenir un poste, à un refus d'une proposition de contrat à durée indéterminée au sens du 3° de l'article L. 1243 10 du code du travail précité.

Par suite, sous réserve qu'eu égard aux responsabilités et conditions de travail qu'il comporte l'emploi vacant puisse être regardé comme identique ou similaire à celui précédemment occupé en qualité de contractuel et qu'il soit assorti d'une rémunération au moins équivalente, l'indemnité de fin de contrat n'est pas due en pareille hypothèse.

Faisant application de ces dispositions, le Conseil d'Etat a jugé dans sa décision du 22 février 2018, *Centre hospitalier de Sainte-Foy-la-Grande* (n°409251), que le refus d'un praticien de se porter candidat à un emploi de praticien hospitalier similaire ou équivalent déclaré vacant, alors qu'il a été déclaré admis au concours national de praticien des établissements publics de santé, doit être assimilé au refus d'une proposition de contrat à durée indéterminée, et ce,-la précision a son importance-, alors même que d'autres praticiens titulaires pouvaient se porter candidats à l'attribution du poste, de sorte que la nomination de l'intéressé ne pouvait être tenue pour certaine.

La Cour administrative d'appel de Lyon apporte dans cet arrêt une précision importante.

Madame A. a été recrutée par le Centre hospitalier comme médecin psychiatre contractuel, sur le fondement



des dispositions du 4° de l'article R. 6152-402 du code de la santé publique, par contrat à durée déterminée du 7 décembre 2016 au 7 juin 2017, prolongé jusqu'au 7 juin 2018.

Le praticien a reçu un courrier de la Directrice du Centre hospitalier l'informant de la possibilité de s'engager dans le dispositif de carrière hospitalière en signant à cet effet une convention et l'invitant à un échange sur l'application de ce dispositif.

Ce courrier rappelait les obligations réciproques auxquelles seraient tenues les parties, à savoir l'obligation pour le Centre hospitalier de proposer un emploi à temps plein au praticien jusqu'à sa nomination en qualité de praticien hospitalier et pour le praticien, l'obligation de se présenter au concours national de praticien hospitalier et, en cas, de réussite, de candidater sur un poste et effectuer trois années de service effectif, moyennant le versement, par le centre hospitalier, d'une prime d'engagement de carrière.

Or le praticien a, en l'espèce, refusé de s'engager dans ce dispositif.

Par courrier du 22 mai 2020, il a demandé le paiement de la prime de fin de contrat, qui lui a été refusé par le Centre hospitalier. Le Tribunal administratif de Grenoble comme la Cour administrative d'appel de Lyon ont annulé cette décision : eu égard à sa formulation et en l'absence de toute précision permettant au praticien d'apprécier les chances sérieuses de réussite qu'il avait d'accéder à un emploi durable au sein du Centre hospitalier présentant des conditions de rémunération au moins équivalentes à l'emploi de médecin contractuel qu'il occupait, ce courrier constituait une simple invitation à échanger sur l'applicabilité du dispositif. Il ne peut donc être assimilé à une proposition de recrutement sur un poste vacant de praticien hospitalier au sens de l'article L. 1243-8 du code du travail.

Dès lors, le praticien ne peut être regardé comme ayant refusé d'accepter à la fin de son contrat de travail, la conclusion d'un contrat de travail à durée indéterminée pour occuper le même emploi ou un emploi similaire, assorti d'une rémunération au moins équivalente.

Cette solution affine la jurisprudence. Deux cas de figure existaient auparavant : le praticien a droit à l'indemnité de précarité dans le cas où, malgré sa candidature ou la signature d'une convention la procédure n'aboutit pas ; en revanche, le praticien n'y a pas droit s'il refuse de se porter candidat ou de rentrer dans le processus.

La Cour administrative de Lyon ajoute une autre hypothèse : l'indemnité de précarité est due si le refus fait suite à une proposition imprécise quant aux chances de succès d'obtenir un emploi équivalent.

# RÉPARATION DES PRÉJUDICES SUBIS

# Précisions sur les modalités de réparation des préjudices résultant d'un refus illégal de réintégration d'un agent place en disponibilité

Lorsque le préjudice d'un agent public auquel a été opposé un refus illégal de réintégration n'a pas pris fin ou n'est pas appelé à prendre fin à une date certaine, il revient au juge de plein contentieux de lui accorder une indemnité pour solde de tout compte au regard de l'ensemble des pièces du dossier.

#### CE 19 juillet 2023 N°462834 - B

En l'espèce, Madame A., placée à sa demande en position de disponibilité pour convenances personnelles du 1er juillet 2015 au 30 juin 2016, avait sollicité sa réintégration anticipée, laquelle lui a été refusée par deux décisions du 21 mars et du 18 juillet 2016. Ces dernières étant entachées d'illégalité, le Tribunal administratif a retenu une indemnité globale de 4 591 euros, portée par la Cour administrative d'appel à 7 191 euros. L'intéressée s'est pourvue en cassation, jugeant cette somme insuffisante.

En vertu des principes généraux de la responsabilité, l'agent public placé en position de disponibilité a droit à la réparation intégrale des préjudices de toute nature qu'il a effectivement subis du fait du refus illégal de faire droit à sa demande de réintégration et présentant un lien direct de causalité avec l'illégalité commise, y compris au titre de la perte de la rémunération à laquelle il aurait pu prétendre, à l'exception des primes et indemnités seulement destinées à compenser des frais, charges ou contraintes liés à l'exercice effectif des fonctions et déduction faite, le cas échéant, du montant des rémunérations que l'agent a pu se procurer par son travail au cours de la période d'éviction.

Le cadre est en principe celui fixé par la décision de Section du Conseil d'Etat du 26 décembre 2013 Commune d'Ajaccio (n°365155), qui prolonge la jurisprudence Deberles (CE Assemblée 7 avril 1933 n°4711) : il convient de déterminer la rémunération que l'agent aurait dû percevoir durant son éviction, en retranchant les éventuelles rémunérations que l'agent a pu percevoir par ailleurs durant cette période.

Le juge administratif a apporté une dérogation dans le cas particulier où l'agent qui demande réparation n'avait pas demandé l'annulation de son éviction illégale, par sa décision du 22 septembre 2014 *Madame Delgado* (n°365199) : dans cette hypothèse, la réparation intégrale de ce préjudice se fait selon une logique forfaitaire.

En l'espèce, le Conseil d'Etat dépasse le cadre de la jurisprudence Delgado et admet la réparation forfaitaire aux cas où il n'est pas possible de fixer la date permettant d'évaluer le préjudice matériel de l'agent irrégulièrement évincé, sans que la circonstance que l'agent ait demandé l'annulation de la mesure ait une quelconque incidence : « Lorsque les préjudices causés par cette décision n'ont pas pris fin ou ne sont pas appelés à prendre fin à une date certaine, il appartient au juge de plein contentieux, forgeant sa conviction au vu de l'ensemble des éléments produits par les parties, de lui accorder une indemnité versée pour solde de tout compte ».

En se fondant sur la seule circonstance que Madame A. n'avait pas demandé l'annulation des décisions de refus de réintégration pour en déduire qu'il lui appartenait d'allouer à cette dernière une indemnisation forfaitaire versée pour solde de tout compte, alors qu'il lui appartenait de lui allouer une indemnisation réparant intégralement les préjudices qu'elle avait subis au cours de cette période, la Cour administrative d'appel de Bordeaux a commis une erreur de droit.

Le Conseil d'Etat poursuit son raisonnement et va rechercher si en l'espèce la réparation du préjudice doit être intégrale ou forfaitaire. Il considère que la proposition de réintégration adressée par l'administration à la requérante placée en disponibilité sur un poste correspondant à son grade permet de considérer que les illégalités entachant des décisions de refus de réintégration antérieures ne préjudicient plus à cette fonctionnaire au-delà de la réintégration proposée.

Par cette décision, le Conseil d'Etat fixe de manière claire sa jurisprudence en ce qui concerne l'évaluation des préjudices subis par un l'agent du fait du refus illégal de faire droit à une demande de réintégration. Le principe est la réparation intégrale du préjudice. L'évaluation du préjudice indemnisable de manière forfaitaire l'exception. Elle est réservée à l'hypothèse où il est impossible de déterminer avec certitude la date à laquelle ce préjudice a pris fin ou la date à laquelle il va prendre fin.



# Veille législative & règlementaire

#### **Fabrice DION**

Directeur d'hôpital

#### Gouvernance

Loi n° 2023-623 du 19 juillet 2023 visant à renforcer l'accès des femmes aux responsabilités dans la fonction publique

En vertu de la loi n° 2023-623 du 19 juillet 2023, L'obligation de nomination équilibrées est étendue à l'ensemble des emplois supérieurs (en plus des emplois de directeur général de CHU et de CHR et des emplois fonctionnels), ainsi par ailleurs qu'aux fonctions de chef de pôle et de service dans des conditions précisées par décret. Au 1er janvier 2026, cette obligation de 40% de nomination équilibrée est portée à 50%. Au 1er janvier 2027, s'y ajoute une obligation de répartition équilibrée par sexe pour les emplois et fonctions précitées.

En outre, la loi prévoit que lorsqu'ils gèrent au moins cinquante agents, les départements ministériels, les établissements publics de l'Etat, les régions, les départements, les communes et les établissements publics de coopération intercommunale de plus de 40 000 habitants, le Centre national de la fonction publique territoriale ainsi que les établissements publics de santé publient chaque année, sur leur site internet, les indicateurs relatifs aux écarts de rémunération entre les femmes et les hommes ainsi qu'aux actions mises en œuvre pour les supprimer. Ces indicateurs sont rendus publics sur le site internet du ministère chargé de la fonction publique. Ces indicateurs sont présentés chaque année à l'assemblée délibérante des collectivités territoriales et des établissements publics mentionnés au présent article.

En cas de non-respect de l'obligation de publication une contribution est due, selon le cas, par le département ministériel ou par l'établissement public de l'Etat intéressé, par la collectivité territoriale ou par l'établissement public de coopération intercommunale concerné, par le Centre national de la fonction publique territoriale ou par l'établissement public de santé. Le montant de cette contribution est forfaitaire. Dès lors qu'une contribution lui est appliquée sur le fondement du présent article, l'employeur ne peut se voir appliquer de pénalité financière. Cette pénalité prévue par l'article L132-3 du code général de la fonction publique est prévue en cas d'absence d'élaboration du plan d'action ou son non-renouvellement au terme de sa durée. Son montant ne peut excéder 1 % de la rémunération brute annuelle globale de l'ensemble des personnels.

Lorsque les résultats obtenus au regard des indicateurs sont inférieurs à une cible définie par décret, des objectifs de progression de chacun de ces indicateurs sont fixés et publiés. L'employeur dispose d'un délai de trois ans pour atteindre la cible. A l'expiration de ce délai, si les résultats obtenus sont toujours inférieurs à la cible, l'employeur se voit appliquer une pénalité financière dont le montant ne peut excéder 1 % de la rémunération brute annuelle globale de l'ensemble des personnels.

#### Recrutement

Décret n° 2023-936 du 10 octobre 2023 relatif à la consultation par les établissements publics de santé du fichier national de déclaration à l'embauche Le texte précise les conditions dans lesquelles le directeur d'un établissement public de santé et les personnes

habilitées peuvent accéder aux données du fichier national de déclaration à l'embauche afin de contrôler l'application des règles de cumul d'activités par les agents publics exerçant dans leur établissement.

Le directeur peut désigner jusqu'à trois personnes habilitées à procéder, en son nom et pour son compte, à la consultation parmi les agents de son établissement chargés de vérifier le respect des règles de cumul d'activités. Seuls les agents exerçant leurs fonctions au sein des directions chargées des ressources humaines ou des affaires médicales peuvent être désignés à cet effet.

Le directeur établit et met à jour la liste des personnes habilitées à procéder à cette consultation. Cette liste comporte l'indication des nom, prénoms, adresse et fonctions de ces personnes. Le directeur communique cette liste, lors de son établissement et à chaque mise à jour, au référent.

Un référent est désigné, au sein de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, par le directeur de cet établissement.

Le référent communique la liste à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. A l'issue de cette communication et après avoir vérifié l'identité des personnes habilitées figurant sur la liste, il autorise ces dernières à accéder, par l'intermédiaire d'un moyen technique sécurisé mis à disposition par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, aux données.

Les données du fichier national de déclaration à l'embauche auxquelles le directeur d'établissement et les personnes habilitées peuvent accéder afin de contrôler l'application des règles de cumul d'activités sont : 1° les données d'identification de l'employeur : dénomination sociale ou nom et prénoms, adresse et numéro du système d'identification du répertoire des entreprises et de leurs établissements et code de l'organisme de recouvrement destinataire de la déclaration ; 2° les données d'identification du salarié : nom, prénoms, date et lieu de naissance ; 3° les données relatives à l'activité professionnelle du salarié : date et heure d'embauche et numéro du dossier. La consultation peut porter sur tout agent exerçant au sein de l'établissement.

L'établissement public de santé informe les agents, par tout moyen, de la possibilité d'une consultation des données les concernant de ses modalités et de l'absence de possibilité de s'opposer à ce traitement.

Lorsqu'il résulte de la consultation qu'un agent a fait l'objet d'une déclaration préalable à l'embauche sans que l'activité ait été autorisée ou déclarée, le directeur ou son représentant sollicite de l'agent toute précision relative à cette activité. Aucune décision produisant des effets juridiques à l'égard d'un agent ou l'affectant de manière significative, notamment en matière disciplinaire, ne peut être prise sur le seul fondement des informations résultant de la consultation.

#### Carrière

Décret n° 2023-926 du 6 octobre 2023 relatif à l'avancement de grade dans les corps de fonctionnaires de catégorie B de la fonction publique hospitalière et aux règles de classement de certains fonctionnaires de la catégorie C de la fonction publique hospitalière

Ce décret permet de maintenir, tant qu'elles leurs sont plus favorables, les conditions de promotion qui prévalaient avant l'entrée en vigueur du décret n°2022-1206 du 31 aout 2022 modifiant l'organisation des carrières des fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière pour les agents reclassés dans la nouvelle grille au 1er septembre 2022. Il précise en outre les règles de classement lors de la nomination dans le grade de promotion. Le décret actualise les modalités de reprise de services à l'occasion de la nomination dans un grade classé en échelle de rémunération C2 de l'un des corps régis par le décret n°2016-636 du 19 mai 2016 modifié relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique hospitalière.

#### Rémunération

Décret n° 2023-892 du 21 septembre 2023 modifiant le décret n° 2022-345 du 11 mars 2022 modifiant à titre temporaire le montant de la rémunération de référence pour le calcul de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle dans la fonction publique pour les fonctionnaires hospitaliers, agents contractuels et personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques sous contrat affectés ou recrutés dans un établissement mentionné à l'article L. 5 du code général de la fonction publique situé dans les départements de la Guadeloupe et de la Martinique

Le décret prévoit jusqu'au 31 décembre 2023 l'application de la possibilité actuellement ouverte jusqu'au 30 juin 2023 d'engager une procédure de rupture conventionnelle dans des conditions dérogatoires pour les fonctionnaires, agents contractuels en contrat à durée indéterminée et praticiens en contrat à durée indéterminée relevant d'un établissement de santé situé dans le département de la Guadeloupe ou dans le département de la Martinique. Cette mesure concerne les personnes qui, ayant refusé de se conformer à l'obligation vaccinale et pouvant désormais bénéficier de la suspension de cette obligation en application du décret n°2022-368 du 13 mai 2023 relatif à la suspension de l'obligation de vaccination contre la covid-19 des professionnels et étudiants, ne souhaitent plus exercer dans un établissement de la fonction publique hospitalière. Le décret permet de faire bénéficier ces agents d'un montant d'indemnité spécifique de rupture conventionnelle égal au montant maximum réglementaire, ce montant étant calculé en prenant en compte les majorations et indexations relatives à une affectation outre-mer.

Arrêté du 6 septembre 2023 portant majoration exceptionnelle des taux des indemnités horaires pour travail normal de nuit et de la majoration pour travail intensif dans la fonction publique hospitalière; Arrêté du 6 septembre 2023 modifiant l'arrêté du 29 mars 2023 portant majorations exceptionnelles de l'indemnisation des gardes des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, des personnels enseignants et hospitaliers et des étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie exerçant en établissements publics de santé

Par dérogation, pour les personnels non médicaux, pour la période courant du 1er septembre au 31 décembre 2023, les taux des indemnités horaires pour travail normal de nuit et de la majoration pour travail intensif sont fixés : 1° A 0,34 euros pour le travail normal de nuit ; 2° A 1,80 euros pour le taux de majoration pour travail intensif, dans les cas prévus aux 1° à 4° de l'article 2 du même décret ; 3° A 2,52 euros pour le taux de majoration pour travail intensif, dans les cas prévus au 5° du même article 2.

Une mesure similaire est prise pour les personnels médicaux, pour la même période, où les mesures prises le 29 mars 2023 d'augmentation de 50% des indemnités de garde pour les personnels médicaux, les personnels enseignants et hospitaliers et les étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie est reconduit pour la période du 1er avril au 31 août 2023 sont reconduites jusqu'au 31 décembre 2023.

# Veille documentaire

### Rapport sur la santé des professionnels de santé

Bataille-Hembert, Alexis, Crest-Guilluy, Marine, Denormandie, Philippe; Ministère de la Santé et de la Prévention, 9 octobre 2023, 53p.

Diligenté par Agnès Firmin Le Bodo, ce rapport a pour objectif d'aller au-devant des professionnels pour recueillir leurs ressentis et leurs attentes concernant leur santé. Il s'agit aussi d'un levier de restauration de l'attractivité des métiers de la santé.

L'état des lieux de la santé offre un bilan contrasté : « 37% des soignants jugent leur état de santé comme étant bon ou très bon et 41% l'évaluent comme « assez bon » alors que plus de deux répondants sur dix estiment qu'il est mauvais, voire très mauvais (22%). » En cause, des douleurs chroniques, notamment chez les femmes et les professionnels les plus âgés. En outre, « 55% des répondants déclarent avoir connu un ou plusieurs épisodes d'épuisement professionnel et ce quel que soit le mode d'exercice. Plus de six participants sur dix exerçant comme infirmier (61%), aide-soignant (61%) ou médecin (62%) rapportent de tels épisodes d'épuisement » contre 34% en population active générale.

Les recommandations consistent notamment à suivre régulièrement les indicateurs de santé des professionnels, de sensibiliser et former les professionnels de santé à veiller à leur propre santé, de renforcer la prévention des risques professionnels, enfin de renforcer l'accès à la prévention et aux soins pour les professionnels.

### La fabrique ordinaire de l'épuisement syndical

#### Fondation Jean Jaurès octobre 2023 - Cécile Guillaume et Frédéric Rey

Depuis Pierre Rosanvallon, les analyses se sont multipliées pour illustrer le principe de « la désyndicalisation et de la professionnalisation du militantisme, mais aussi celui de ses capacités d'innovation et de résilience dans des contextes marqués par de profondes mutations économiques, sociales et politiques ». La crise des vocations conduit à la concentration des mandats entre les mains de quelques représentants, et à leur épuisement, bien loin de la représentation d'un héros infatigable dans la lutte. Les auteurs ont réalisé une enquête auprès des engagés, réunissant 31 500 réponses.

L'engagement syndical continue de faire sens, y compris parmi les jeunes en quête d'un militantisme moins politique et plus axé sur des valeurs. Le débat, l'espoir d'émancipation et l'altruisme sont les valeurs portées par cet engagement. En miroir, ce sont les conditions de travail, plus que la rémunération, qui sont priorisées. Cependant, les causes de l'épuisement sont multiples, et parfois endogènes : au sein des collectifs, dissensions et discriminations (homophobie, racisme) sont des causes fortes de découragement, qui aggravent la fatigue liée à la triple charge, notamment pour les femmes (syndicalisme, travail, obligations familiales).

Largement exercé au niveau central, la perte d'ancrage local accompagne une perte de sens concret. La conséquence en est un affaiblissement de la démocratie sociale : Les deux tiers des répondants estiment ainsi qu'à la suite des ordonnances (ndlr Macron, 2017) leur pratique syndicale est devenue plus difficile. [...] 20 % sont à considérer que l'hypercentralisation du dialogue social a joué en défaveur de la qualité du dialogue social. Les élus se sentent menacés de discrimination à raison de leurs fonctions syndicales. Le faible renouvellement des militants et la réduction des moyens donnés au dialogue social sont en cause. Les auteurs concluent : « L'expression de plus en plus claire de la lassitude et parfois de l'épuisement des militants en place doit être considérée comme un signal fort à l'adresse des organisations syndicales, mais surtout des entreprises et de l'État, qui ont un rôle à jouer dans le renforcement du pouvoir et des moyens des syndicats et des institutions du travail ». On a toutefois du mal à percevoir quel intérêt immédiat ils y trouveraient ...

# La réforme de l'intérim médical à l'hôpital

#### Dubot, Julien; in Revue de droit sanitaire et social RDSS, n°4, juillet-août 2023, pp.695-706.

L'auteur considère que l'application de l'article 33 de la loi du 26 avril 2021 à compter du 3 avril 2023 ouvre des perspectives de régulation intéressantes. Pour autant, les conséquences attendues de cette loi sont loin d'être maitrisées et doivent être articulées avec les dispositifs déployés pour tenter de répondre aux problématiques de l'offre de soins. Le récent rapport de la Cour des comptes, qui préconise l'assouplissement de rémunération des médecins du secteur privé lucratif ou libéral travaillant pour le service public hospitalier en est un exemple.

### Rapport 2023, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins

#### Médecins du monde

« En 2000, la France était auréolée du titre du pays avec le meilleur système de santé au monde par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – système qui laissait pourtant déjà de côté nombre de personnes. Vingt-trois ans plus tard, ce système est gravement malade, tandis que la France est devenue l'un des rares pays où le nombre de millionnaires augmente – à rebours de la tendance mondiale ». Bien que 4ème pays au monde avec des dépenses de santé représentant 12,4% du PIB, la France voit les inégalités se creuser et l'accès aux soins se compromettre ; 87% des personnes éligibles à l'AME ne sont pas couvertes, par méconnaissance et difficulté pratique à faire valoir ses droits. Le cercle vicieux santé / précarité écarte des soins les personnes les plus vulnérables : 45% des patients ont renoncé aux soins bien qu'ils soient dans une situation médicale urgente ou assez urgente.

« Il existe une double interaction entre la précarité et les maladies chroniques. Les conditions de vie précaires favorisent la survenue et l'aggravation des maladies chroniques, et inversement celles-ci peuvent participer à la précarisation des personnes qui en souffrent. » Or, 53,6% des patients reçus souffrent d'une pathologie chronique, qui s'aggrave du fait du retard de soin. Les troubles mentaux sont largement intriqués avec les problématiques sociales et la violence subie. Les données de santé sexuelle sont tragiques : « 88 % des femmes âgées de 15 à 49 ans et ne souhaitant pas être enceintes déclarent n'utiliser aucune contraception. [...] 93 % des femmes enceintes n'ont pas de couverture maladie ; 30 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse. »

Les conditions d'exercice professionnel d'une aide-soignante justifient que soit remise en question la procédure disciplinaire l'ayant visée suite à des fautes graves dans la prise en charge des patients d'un service de gérontologie

TA Marseille, 25 août 2023 - Clémence ZACHARIE - *Finances Hospitalières* - Novembre 2023

Santé RH est une publication mensuelle éditée par ÉNIZODÉCEM. - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Temes 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 - 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 345,00 euros par an. Prix au numéro : 34 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**

Raison sociale:.....

# Santé RH

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

1 an, 11 numéros papier

- + 1 accès numérique
- + base d'archives sur www.sante-rh.fr

au prix de **345 € 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

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accés 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  $1^\omega$  Janvier 2023 au 31 Décembre 2023.

Nom :	Prénom :
Fonction:	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	Fax:
E-mail (Obligatoire):	
Cachet /Date Signature	