

Éditorial

Bilan statutaire et réglementaire 2020

L'année 2020 a été caractérisée par plusieurs évolutions caractérisées par de nouvelles mesures d'application de la loi du 6 août 2019, la prise de décisions d'urgences liées à la pandémie due au COVID 19, des mesures statutaires spécifiques et les accords du SEGUR.

Au titre de la loi de transformation de la fonction publique, on peut signaler le décret du 12 juin 2020 mettant fin à la notation et lui substituant l'entretien d'évaluation professionnelle. Il sera applicable dès l'année prochaine et modifiera sensiblement la procédure d'appréciation des fonctionnaires. De même, la rupture conventionnelle dispose de son modèle de convention afin de mettre en œuvre les décrets instaurant ce nouveau mode de séparation pour les agents publics. Les contractuels connaissent d'ailleurs un nouveau dispositif de recrutement avec le contrat de projet. Enfin, les nouvelles règles de congés bonifiés encadrent plus strictement ce dispositif.

Au titre de la crise sanitaire liée au COVID 19, des mesures urgentes et ponctuelles ont été prises (autorisations spéciales d'absence, prise en compte des personnes vulnérables ; indemnité attribuée aux agents hospitaliers, ou majoration des heures supplémentaires intervenues pendant la première comme la deuxième vague) mais aussi d'autres dispositions qui auront un impact plus pérenne (assouplissement du télétravail, déplafonnement et revalorisation du compte épargne temps), ou encore le relèvement et l'harmonisation du plafond des heures supplémentaires. En outre, le Covid 19 a été reconnu en maladie professionnelle.

Des mesures plus spécifiques ont été adoptées, visant à répondre à différentes problématiques : d'attractivité des personnels, comme la prime « grand âge » pour les agents hospitaliers exerçant des métiers d'aides soignants auprès des personnes âgées, la prime d'attractivité territoriale pour les agents recrutés dans certains départements ; d'encadrement déontologique ; de prise en compte des arrêts de travail avec le congé pour invalidité temporaire imputable au service ; de mobilité (détachement d'office) ; de recrutement (occupation d'un emploi à temps non complet pour les fonctionnaires) ; d'assurance-chômage ; d'accompagnement en cas de suppression d'emploi.

Les accords du 13 juillet 2020 du SEGUR de la santé visent à revaloriser les carrières des hospitaliers (pour plus de 8 milliards d'euros) et au-delà, à instaurer de nouvelles règles de négociation au sein des établissements hospitaliers, notamment par un dialogue social de proximité et une plus grande souplesse dans l'application de règles nationales. Ce sont les rémunérations qui ont fait l'objet de premières mesures, avec une application quasi immédiate, sous la forme d'un complément de traitement indiciaire et d'un doublement du taux de promouvabilité pour les agents non médicaux et d'une revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif pour les médecins.

Ces évolutions visent à poursuivre l'adaptation de la fonction publique hospitalière aux nouveaux enjeux RH, mais aussi à renforcer l'attractivité des métiers hospitaliers dans un contexte de crise sanitaire et de difficultés de recrutements.

Fabrice DION

Directeur d'hôpital, Docteur en droit

Sommaire

Gestion sociale

Les modalités de la mobilisation des professionnels dans le cadre de la crise sanitaire p2

Stratégie & Pilotage

L'absentéisme, le grand absent du Ségur de la santé p6

Jurisprudence

L'ancienneté du risque grave invoqué par le CHSCT pour recourir à une expertise fait obstacle à la désignation d'un expert agréé p11

Un syndicat non représentatif ne peut invoquer une discrimination syndicale au motif qu'il ne disposerait pas des mêmes moyens que les syndicats représentatifs au sein de l'établissement p12

Prendre en charge les frais de formation d'un agent au titre de la promotion professionnelle en contrepartie d'un engagement de servir n'est pas sans risque pour l'établissement public de santé p14

Veille réglementaire

..... p15

Veille documentaire

..... p20

Les modalités de la mobilisation des professionnels dans le cadre de la crise sanitaire

Face à la reprise de l'épidémie de Covid-19 en France, le Président de la République a de nouveau déclaré l'état d'urgence sanitaire sur l'ensemble du territoire le 17 octobre 2020. Cette annonce s'est traduite par la publication au Journal Officiel d'un décret^[1].

La balle est ensuite passée dans le camp du Parlement, chargé d'autoriser la poursuite de l'état d'urgence sanitaire au-delà d'une période d'un mois. Le projet de loi a été déposé à l'Assemblée Nationale par le Gouvernement le 21 octobre et a été adopté le samedi 7 novembre. Il est désormais examiné par le Conseil Constitutionnel.

Dans le cadre de cette lutte, d'importants besoins en renforts de personnels de santé se manifestent, notamment au sein des établissements publics de santé. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a en ce sens publiée un vade-mecum intitulé « *Modalités de mobilisation des personnels dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19* », datant du 23 octobre 2020. Au sein de ce document de 22 pages, une synthèse des actions RH à mettre en oeuvre est présentée ainsi que, dans une seconde partie, un focus sur les conditions et moyens de mobilisation des professionnels et étudiants en santé, l'occasion de faire un rappel relatif à ces mesures essentielles pour la gestion des ressources humaines au sein des établissements de santé.

Mélissa MASUREL
Juriste en droit de la santé

[1] Décret n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

[2] <https://renforthr.solidarites-sante.gouv.fr/>

LES MESURES EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES EN LIEN AVEC LA CRISE SANITAIRE

Le Ministère des solidarités et de la santé a mis en place plusieurs actions pour soutenir les renforts RH dans les établissements de santé. Cela s'est concrétisé notamment par la mise en place de la plateforme nationale de gestion des renforts RH en situation de crise^[2] ou encore par la diffusion de consignes nationales de déprogrammation et de régulation de l'activité, de manière à permettre la réaffectation des personnels sur la prise en charge des patients covid+ en privilégiant les personnels formés à la pathologie à l'occasion de la première vague. La DGOS prévoit également l'élaboration et la mise en place de dispositifs permettant un agrément accéléré, temporaire ou définitif, de personnels expérimentés sur les fonctions d'aide-soignant (AS). D'autres mesures relatives au temps de travail sont prévues ou en cours de discussion.

Sur le compte épargne-temps des personnels

Des dérogations exceptionnelles ont été mises en place concernant les plafonds habituels du CET pour l'année 2020, en lien avec la crise sanitaire.

Par conséquent, l'arrêté du 10 juin 2020 a relevé le nombre de jours pouvant être épargnés lorsque le CET de l'agent atteint déjà le seuil de 20 jours. Dans ce cas, il est donc possible d'épargner exceptionnellement jusqu'à 20 jours au titre de l'année 2020, alors que cette limite est normalement fixée à 10 jours par an.

Aussi, le plafond global de jours pouvant être maintenus sur le CET, fixé à 60 jours dans la FPH, a été fixé exceptionnellement à 70 jours pour 2020.

Pour les personnels médicaux, l'arrêté du 26 juin 2020 a également relevé la progression annuelle maximale du nombre de jours mentionnée au 1° de l'article R. 6152-807-4 du code de la santé publique, qui est fixée à 30 jours pour l'année 2020.

Sur les heures supplémentaires

Au regard des tensions que connaissent actuellement les services, le vade-mecum rappelle qu'il a été décidé d'octroyer une majoration des heures supplémentaires à l'identique du dispositif défini pendant la première vague de l'épidémie.

Le dispositif est sensiblement le même que pour la première vague^[3] mais des dérogations sont prévues au sein du décret n° 2020-1309. En ce sens, l'article 3 dispose que « *les heures supplémentaires effectuées entre le 1er octobre et le 31 décembre 2020 au sein des établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée par les fonctionnaires et les agents contractuels de droit public de la fonction publique hospitalière, sont compensées sous la forme de la seule indemnisation* ». La liste des établissements concernés, c'est-à-dire situés dans les zones de circulation active du virus, est fixée par décision du directeur général de l'ARS.

[3] Art. 2 du Décret n° 2020-1309.

Les modalités de calcul de l'indemnisation de ces heures supplémentaires sont également différentes. Il convient d'appliquer à celles-ci le coefficient de 1,875 pour les 14 premières heures supplémentaires et de 1,905 aux heures supplémentaires suivantes, tandis qu'une majoration de 150 % de l'heure supplémentaire sera appliquée lorsqu'elle est effectuée de nuit et de 100 % de l'heure supplémentaire lorsqu'elle est effectuée un dimanche ou un jour férié^[4].

[4] Art. 4 du Décret n° 2020-1309.

Sur la création d'une indemnité exceptionnelle de compensation de congés payés non pris pour raisons de service

A également été annoncé la création d'une indemnité exceptionnelle de compensation de congés payés non pris pour raisons de service permettant de rémunérer les jours à un niveau supérieur par rapport à celui proposé pour l'indemnisation des jours de CET. La sous-directrice des ressources humaines du système de santé à la DGOS, Vannessa Fage-Moreel, considère que cette indemnité sera une sorte de deuxième prime Covid-19 avec un nombre de bénéficiaires plus important puisque cette indemnité devrait concerner les établissements prenant en charge les personnes en situation de handicap^[5].

[5] Discours d'ouverture des rencontres RH de la santé organisées conjointement et virtuellement par la FHF et l'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (ADRHSS).

À ce stade, aucune disposition réglementaire n'a été publiée au Journal officiel sur ce sujet mais le vade-mecum indique que le montant forfaitaire jour de cette indemnité compensatrice serait, dans la limite de 10 jours, de 200 euros pour les agents relevant de catégorie A ou assimilés, de 130 euros pour les agents de catégorie B ou assimilés et 110 euros pour les agents de catégorie C ou assimilés.

Sur les autorisations spéciales d'absence (ASA) en lien avec la Covid-19

Parmi les dispositifs permettant d'accompagner dans leur quotidien les personnels mobilisés, le Ministère rappelle qu'il est toujours possible d'accorder des autorisations spéciales d'absences (ASA) aux agents hospitaliers, notamment pour permettre aux parents de garder leurs enfants quand les structures d'accueil ou de scolarisation ne peuvent plus en assurer l'accueil.

Il est rappelé aux directions que le positionnement en ASA est une dérogation au principe posé à l'article 20 de la loi n°83-634^[6]. Ainsi, durant une période en ASA, l'agent concerné continue de percevoir sa rémunération, le versement de sa prime de service est maintenu pendant cette absence, les droits à avancement et à pension de retraite sont conservés.

[6] « Les fonctionnaires ont droit, après service fait, à une rémunération comprenant le traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement ainsi que les indemnités instituées par un texte législatif ou réglementaire. »

En revanche, ces ASA n'entrent pas en compte dans le calcul des congés annuels et le temps d'absence occasionné ne génère pas de jours de réduction du temps de travail (RTT).

Le document élaboré par la DGOS indique que « *le nombre d'ASA en période d'urgence sanitaire n'est pas plafonné et le dispositif ad-hoc a été réactivé (...)* »^[7].

[7] Vade-mecum, page 3.

Sur les actions à mettre en œuvre pour accompagner la mobilisation des renforts RH

À ce titre, le vade-mecum propose un tableau récapitulatif en fonction des acteurs concernés : ARS, préfet de département, établissements publics de santé (sous la coordination des ARS) et établissements privés.

Concernant les établissements publics de santé, celui-ci propose différentes actions comme :

- « Mobilisation des ressources au niveau du GHT via des mises à disposition ou en aménageant l'offre de soins ou les circuits patients entre établissements ;
- Coordination avec les autres établissements publics et privés et acteurs du territoire pour mutualiser les problématiques ;
- Activation des astreintes « personnes âgées » et « soins palliatifs » ;
- Mobilisation de l'équipe mobile de gériatrie, après identification des ressources et des territoires, pour intervenir en soutien des EHPAD (déplacement/ utilisation de moyens de télésanté) ;
- Réorganisation des cycles, des services (ouverture/fermeture, réaffectation de personnel après formation) ;
- Utilisation des heures supplémentaires et du temps additionnel ;
- Rappel sur congés ;
- Réintégration anticipée des personnels en disponibilité ;
- Mobilisation des personnels retraités depuis moins de 6 mois »^[8].

[8] Vade-mecum, page 3.

Quant aux réquisitions de personnes, elles relèvent de la compétence du préfet conformément à l'article L.3131-8 du code de la santé publique. La DGOS rappelle que c'est une faculté à n'utiliser qu'en dernier recours et en bonne intelligence avec le directeur général de l'ARS.

Elle indique également « qu'en vertu d'une jurisprudence constante du Conseil d'Etat, trois circonstances doivent être réunies pour que le recours à la réquisition soit jugé légal :

- L'existence d'un risque grave pour la santé publique ;
- L'impossibilité pour l'administration de faire face à ce risque en utilisant d'autres moyens ;
- L'existence d'une situation d'urgence »^[9].

[9] Vade-mecum, page 10.

L'arrêté motivé que le préfet prend, individuel ou collectif, fixe la nature des prestations requises, la durée de la mesure de réquisition ainsi que les modalités de son application. Les modalités de notification sont explicitées dans l'instruction relative à la mobilisation et à l'indemnisation des professionnels de santé dans le cadre de l'épidémie de coronavirus.

LES CONDITIONS ET MOYENS DE MOBILISATION DES PROFESSIONNELS EN SANTÉ

Au niveau des établissements de santé, différentes actions sont proposées afin de mobiliser et redéployer le personnel déjà en poste.

Étant donné que les fonctionnaires sont titulaires de leur grade mais pas de leur emploi, ils ne peuvent se prévaloir de leurs horaires ou de leur affectation. Il est donc possible de les réaffecter en interne, dans un autre service, afin de répondre aux besoins de soins les plus importants. En ce sens, les agents formés à la prise en charge de la Covid à l'occasion de la première vague épidémique seront prioritaires.

La DGOS indique également qu'une révision des cycles horaires de l'ensemble des professionnels est possible « afin de répartir la contrainte, la charge de travail et l'impact potentiel qui en découle sur la santé ». À noter toutefois que les cycles de travail - définis par service ou par fonctions - sont arrêtés par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement (CTE)^[10].

[10] Art. 9 du Décret n° 2002-9.

Il est également proposé d'augmenter les amplitudes et le volume horaire, en lien avec le plafond unique d'heures supplémentaires (240 heures / an ou 20 heures / mois)^[11], de réexaminer la situation des agents à temps partiel sauf pour les temps partiels de droit

[11] Décret n° 2020-297 du 24 mars 2020.

(naissance ou adoption d'un enfant, soins donnés à un membre de sa famille, handicap), de réintégrer de façon anticipée les personnels en disponibilité s'ils l'acceptent, de rappeler les agents en congés et reporter les congés prévus des agents encore en poste.

Les établissements de santé peuvent également s'appuyer sur plusieurs dispositifs pour mobiliser des renforts et recruter des volontaires. À ce titre, les ARS essaient d'identifier les viviers de personnes volontaires pour les établissements de santé, afin de les mettre en relation, notamment via les plateformes créées à cet effet.

Il est ainsi possible de prévoir :

- la conclusion de contrats avec des praticiens volontaires^[12],
- la conclusion de CDD si la personne est sans emploi, libéral. La DGOS précise que « *si la personne est agent public, elle peut demander l'autorisation à son administration de bénéficier d'un cumul d'activités pour une activité accessoire, notamment dans le cadre d'un motif d'intérêt général (article 25 septies de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires)* ». Le cumul est également possible pour les salariés, sous réserve de respecter le cadre de la réglementation sur la durée maximale du temps de travail. Les étudiants et les personnes retraitées peuvent également être concernés.
- la conclusion d'une convention de mise à disposition entre établissements publics ou entre établissements public et privé.

Ces mises à disposition sont réalisées conformément aux dispositions légales et réglementaires soit :

- les articles 48 et 49 de la loi n° 86-33 pour les personnels non-médicaux, ainsi que les articles 1 à 11 du décret n° 88-976 ;
- les articles R. 6152-50 et R. 6152-237 du code de la santé publique pour les praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel.

À noter : le vade-mecum propose des modèles de convention de mise à disposition en annexes.

Enfin, le vade-mecum indique également les règles concernant la mobilisation des étudiants en santé.

Pour lutter contre la propagation du virus Covid-19, la DGCS met aussi à disposition un ensemble de consignes sur les conduites à tenir dans les secteurs du handicap et du grand âge. Il y a donc différentes fiches sur le site internet du Ministère des solidarités et de la santé^[13] qui sont en cours de mise à jour. Concernant plus particulièrement les mesures en matière de ressources humaines, il existe une fiche relative aux mécanismes de renfort RH mobilisables dans le secteur social et médico-social, à l'attention des conseils départementaux.

[12] Art. L. 3131-10-1 du code de la santé publique.

[13] Accueil > Soins et maladies > Maladies > Maladies infectieuses > Coronavirus > Professionnels du social et médico-social > Accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'absentéisme, le grand absent du Ségur de la santé

L'hôpital a montré qu'il savait se mobiliser, s'organiser et dépasser les conflits d'intérêts. Il a effacé, du même coup, toutes les critiques qui pouvaient être faites à la profession ; envolées aussi les revendications, les grèves ; honorés tous les soirs par des fenêtres et des balcons, on en a presque oublié la souffrance passée, les repos reportés, les heures supplémentaires impayées, la complexité d'avoir une vie privée dans les établissements de santé et l'absentéisme chronique qui y règne.

Marie-Béatrice RIGEADE
Consultante Audit et Conseil

Guillaume TREVES
Consultant Eudaimonia
Bureau d'étude en Qualité
de Vie au Travail

L'ABSENTÉISME, CAUSE ET CONSÉQUENCE

L'absentéisme cause un dysfonctionnement dans l'unité organisationnelle dans laquelle il intervient. En conséquence, l'organisation produit une charge de travail supérieure pour tenter de compenser l'absence. C'est cette « Charge de travail supplémentaire » qu'il faudra quantifier : en temps, en humain, en coûts additionnels, en productivité.

L'absentéisme est ici la cause du dysfonctionnement, qui engendre la désorganisation de l'organisation, génère des risques psycho-sociaux (RPS), impacte la qualité des soins et concourt à augmenter la charge qui repose sur les présents et donc, a pour conséquence d'être une des sources de l'absentéisme.

Cause et conséquence, c'est ce que montrent les chiffres de l'absentéisme qui n'ont cessé d'augmenter. Le taux d'absentéisme au travail dans le privé a en effet augmenté de 3,6% entre 2017 et 2018 et plus largement de 16% depuis 2014 pour atteindre aujourd'hui à 3,73%. Ainsi, sur 100 salariés dans une entreprise, près de quatre sont absents chaque jour, note Julien Vignoli, directeur général délégué du cabinet Gras Savoye Willis Towers Watson, spécialiste en ressources humaines et auteur de l'étude^[1].

Cela représente un coût caché moyen de 4.059€/salarié/an^[2] ; coûts cachés de l'absentéisme, ou pertes de valeur ajoutée, qui ont des poids différents selon les secteurs d'activités :

- 3.521€/salarié/an dans le privé sur 21,3 millions d'actifs
- 6.223€/salarié/an dans le public sur 5,3 millions d'actifs

Cause et conséquence, le coût de l'absentéisme est estimé à 108 milliards d'euros en 2018 en France^[3], soit l'équivalent du « budget de l'Éducation nationale qui part en fumée chaque année »^[4] !

En ce qui concerne le taux d'absentéisme, il est en moyenne de 5,1% par an en France.

Dans le secteur public l'impact est encore plus prégnant : le taux d'absentéisme s'élève à plus de 8% par an^[5].

Dans le secteur de la santé les chiffres s'envolent avec un « taux moyen d'absentéisme des personnels soignants pouvait avoisiner les 10 %, soit environ 30 jours d'absence par agent et par an »^[6].

Avec un tel poids d'absentéisme, a-t-on encore les moyens suffisants pour garantir les missions sociétales des entreprises en général et de l'hôpital en particulier ?

L'entreprise « Hôpital » au sens large^[7] comptant 998.693 salariés ETP (dont 746 439 dans le secteur public), on peut tenter d'en déduire que le coût moyen de l'absentéisme dans les établissements de santé est de **5,53 Milliards €/an** pour les établissements de santé publics et privés du territoire, soit :

746.439 ETP x 6.223€ = 4,65 Milliards €/an, pour les établissements publics de santé
et **252.254 ETP x 3.521€ = 0,88 Milliards €/an**, pour les établissements privés de santé.

Avec un tel poids financier d'absentéisme, l'Hôpital au sens large a-t-il encore les moyens suffisants pour garantir ses missions qui sont, selon la définition du code de la santé publique : la prévention, l'enseignement universitaire et post-universitaire, la recherche, la

[1] L'absentéisme des Français au travail ne cesse d'augmenter, étude annuelle du cabinet Gras Savoye Willis Towers Watson, publié par le Figaro économique, le 27 août 2019 : <https://www.lefigaro.fr/societes/l-absenteisme-des-francais-au-travail-ne-cesse-d-augmenter-20190827>

[2] Étude « sur l'origine et le coût de l'absentéisme en France ». Co-auteurs : Laurent Cappelletti, directeur de programme à l'Institut de socio-économie des entreprises et des organisations (Iseor), et Henri Savall, président-fondateur de l'Iseor. Publié par l'Institut Sapiens, un think tank libéral le 22 novembre 2018. <https://www.institutsapiens.fr/le-cout-cache-de-labsenteisme-au-travail-108-milliards-e/>

[3] Laurent Cappelletti, directeur de programme à l'Institut de socio-économie des entreprises et des organisations (Iseor), et Henri Savall, président-fondateur de l'Iseor. Les deux hommes sont les coauteurs d'une étude « sur l'origine et le coût de l'absentéisme en France » publiée par l'Institut Sapiens, un think tank libéral. <https://www.institutsapiens.fr/le-cout-cache-de-labsenteisme-au-travail-108-milliards-e/>

[4] <https://www.institutsapiens.fr/le-cout-cache-de-labsenteisme-au-travail-108-milliards-e/>

[5] Le parisien, 22/11/2018 : www.leparisien.fr/economie/l-absenteisme-au-travail-coute-pres-de-108-milliards-d-euros-par-an-21-11-2018-7949124.php

[6] Politique & management public, Vol 29/3 | 2012 – A1.57, 58, 59, 60 et 61

[7] Source SAE 2018 public et privé

qualité des soins et la sécurité sanitaire ?

Que représentent ces coûts : coûts directs, indirects, et autres « coûts induits » et « coûts cachés » ?

Que faut-il prendre en compte si vous voulez mesurer l'impact financier, humain et temps passé que va générer une absence ?

Un tiers de ce montant est dit « normal » et incompressible en relation avec les congés maternité, les maladies saisonnières de courtes durées ainsi que les accidents du travail inévitables (à mettre en opposition avec les accidents du fait de la cadence de travail ou du stress que fait peser l'organisation sur le salarié).

Il reste tout de même dans l'administration des établissements de santé **3,6 milliards d'euros de coûts « évitables »** ! Évitable mais cachés.

Vous ne trouverez ces lignes de charges dans aucune comptabilité analytique. Seul un management de proximité pourra relever ces fêlures dues à l'absentéisme :

- les salaires versés aux absents, complément de salaires selon les régimes sociaux ...
- les « sur-salaires » lorsqu'une activité est réalisée par une personne titulaire d'une fonction mieux rémunérée que celle qui devrait l'assumer,
- le temps passé par l'équipe pour corriger les dysfonctionnements liés aux absences,
- le temps passé par le management, la direction et les RH pour rechercher et sélectionner les services externes et pallier les absences,
- le coût de l'achat de ces services externes supplémentaires,
- les coûts liés aux dysfonctionnements engendrés : en termes d'organisation, de formation des ressources externes et les erreurs induites,
- les « sur-temps » qui sont la somme des temps passés pour la régularisation des dysfonctionnements, la formation, l'accompagnement et le temps d'apprentissage,
- les pénalités qui peuvent être dues par le non-respect des livrables à temps,
- la non-production : la part de travail des absents non pris en charge ni par les présents ni par les services externes et laissé en suspens,
- la non-crédation de valeurs,
- les pertes d'opportunités avérées de renouveler le potentiel de performances futures,
- la perte de performance de l'entreprise, du service ainsi que des personnes qui interrompent leurs tâches pour atténuer les effets de l'absentéisme,
- les risques de surcharge des présents et les maux dont ils pourraient être l'origine : accident du travail dû à la fatigue, les surcharges cognitives, les Epuisements Professionnels, Burnouts et autres Risques Psycho-Sociaux,
- l'accumulation de l'ensemble de ces points qui va dans le sens de l'augmentation de l'absentéisme dès l'instant où l'on ne s'occupe pas d'en traiter les causes profondes^[8].

Ces chiffres, s'ils étaient mesurés et entrés dans des tableaux de comptabilité analytique, démontreraient, s'il le faut, le lien entre Qualité de Vie au Travail (QVT) et productivité. « *L'ancrage économique de la QVT permettrait également d'assurer le lien de corrélation probable entre un niveau de QVT élevé et un absentéisme réduit* »^[9].

Mais tous ces chiffres ne figureront dans aucun tableau de rentabilité des organisations s'ils ne sont pas pris en compte ! Ce ne sont donc pas des charges pour les « organisations malveillantes ».

Ce ne seront que des constats : « on a du mal à retenir les talents... , à en recruter de nouveaux » ou encore que « nos collaborateurs sont souvent absents ... ». « *Ce malaise se manifeste de différentes façons, dont peut-être la plus quantifiable est la montée des chiffres de l'absentéisme* »^[10].

C'est mécanique, « *arrimer le concept des QVT à des fondamentaux économiques (ou socio-économiques) aurait le mérite de donner corps à la doctrine, souvent prêtée à Jean Bodin, posant le principe qu'il n'est de richesse que d'hommes. [...] La qualité de vie au travail conçue comme un moyen d'enrichir et de préserver le capital humain implique de voir dans le salarié la principale source d'investissement pour l'employeur* »^[11]. Et même « si les nombreuses études en sciences de gestion et du management donnent parfois le sentiment d'enfoncer des portes ouvertes, il

[8] Cabinet Digi Paye – vrais coûts de l'absentéisme : <https://www.digi-paye.com/fr/blog/absentisme-quel-est-le-vrai-cout-pour-l-entreprise>

[9] Page 29 de l'étude « Prenons soin des professionnels de santé », chapitre « Accompagnement des professionnels pour une meilleure QVT » par Alexandre Fournier, Chef du bureau Organisation des politiques sociales et développement des ressources humaines, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), sous-direction Ressources humaines

[10] Politique & management public, Vol 29/3 | 2012 – AI.32

[11] Page 28 « Accompagnement des professionnels pour une meilleure QVT » par Alexandre Fournier

[12] Page 20 « Contexte et enjeux de la qualité de vie au travail » par Héroïse Haliday, Docteure en psychologie clinique, chercheuse associée au Clipsyd (Clinique Psychanalyse développement, université Paris Nanterre), membre du groupe de travail Qualité de vie au travail dans les établissements de santé de la Fédération hospitalière de France

[13] ANI QVT 2013 : l'Accord National Interprofessionnel sur la QVT de 2013

[14] Page 20 « Contexte et enjeux de la qualité de vie au travail » par Jacques Pisarik

[15] Jacques Pisarik, Chargé d'études, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

[16] Page 20 « Contexte et enjeux de la qualité de vie au travail » par Jacques Pisarik

[17] Page 21 « Contexte et enjeux de la qualité de vie au travail » par Jacques Pisarik

[18] Page 22 « Contexte et enjeux de la qualité de vie au travail » par Jacques Pisarik

[19] Page 23 « Contexte et enjeux de la qualité de vie au travail » par Jacques Pisarik

[20] Page 51 « Accompagnement des professionnels pour une meilleure QVT » par Anne-Paule Duarte

[21] Page 32 « Accompagnement des professionnels pour une meilleure QVT » par Philippe Laly

[22] Page 53 « Tribune Approches managériales favorables à la QVT » par Anne Muller, Maître de conférences en sciences de l'éducation, université Paris 1 Panthéon-sorbonne, Idhes (Institutions et dynamiques historiques de l'économie et de la société)- UMR 8533

[23] Pascale L. Denis dans la revue de la SQPTO Société Québécoise de Psychologie du Travail et des Organisations, Volume 1 - Numéro 1 | Avril 2015, ISSN : 2369-1522, L'incidence du leadership destructeur sur les attitudes et les comportements au travail. http://www.sqpto.ca/client_file/upload/HumainetOrganisation/HumainetOrganisationVol1Num120150430.pdf

[24] Page 31 « Accompagnement des professionnels pour une meilleure qualité de vie au travail » par Philippe Laly : HAS Haute Autorité de Santé

semble finalement plus nécessaire de se questionner sur les raisons pour lesquelles des pratiques pleines de bon sens et apparemment évidentes ne sont pas toujours la règle à l'hôpital »^[12].

LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL QU'EST-CE QUE C'EST ?

On ne peut pas parler d'absentéisme sans évoquer la QVT. Voici la définition qu'en donne l'ANI^[13] : « La Qualité de Vie au Travail (QVT) peut se concevoir comme un sentiment de Bien-Être au Travail (BET) perçu collectivement et individuellement qui englobe : l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué »^[14].

Jacques Pisarik^[15] nous apporte son éclairage statistique sur les conditions de travail perçues par les professionnels de santé :

- Dans les modalités d'exécution de leur métier : « en 2016, les salariés du secteur hospitalier déclarent devoir toujours ou souvent **se dépêcher** (61 % d'entre eux, contre 45 % des actifs occupés). 80 % des salariés du secteur doivent fréquemment **s'interrompre** pour des tâches non-prévues (contre 64 % de l'ensemble des actifs occupés) ». Ces interruptions participent à ce que « 61 % des salariés du secteur estiment devoir toujours ou souvent **penser à trop de choses à la fois** (contre 44% de l'ensemble des actifs occupés) »^[16].
- Dans les conditions physiques d'exécution de leur métier : « 62 % des personnels déclarent devoir porter ou déplacer des **charges lourdes** en 2016. 62 % des salariés du secteur hospitalier sont confrontés à l'exigence de **déplacements à pied** longs ou fréquents (1 Km/h) »^[17].
- Dans la porosité vie personnelle/professionnelle : « En 2016, 64 % des salariés du secteur hospitalier **travaillent le dimanche**, contre 31 % des actifs occupés » et 34 % des salariés du secteur hospitalier travaillent de nuit contre 16 % des actifs occupés »^[18]
- Dans la fréquence des rapports avec le public : déjà soumis une surcharge cognitive importante patients/familles, les **agressions verbales** y sont deux fois supérieures à la normale. « Dans l'ensemble, 33 % des salariés du secteur hospitalier rapportent au moins une **agression verbale de la part du public en 2016** »^[19].

Le personnel hospitalier est soumis à une fatigue physique importante : position debout et déplacements incessants, port de charges lourdes, changement de rythmes de travail, ainsi qu'à une fatigue psychologique.

« Les professionnels ont parfois un sentiment de culpabilité lorsque, malgré tous leurs efforts, la prise en charge du patient n'a pas été efficiente, au regard de leurs attentes »^[20].

Traiter plusieurs choses à la fois, se dépêcher, être sans cesse interrompu, des charges émotionnelles permanentes, « le déficit de communication, de manque de dialogue et de concertation, de fragilité de l'équipe »^[21], « les soignants témoignent de leur insatisfaction et souffrance liées à l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, aux valeurs soignantes chahutées par l'enchaînement des actes de soins dans un travail intensif, aux dépens du côté relationnel ou du **sens qui motive ces soins** »^[22].

Ces épuisements professionnels (EP) préoccupent les experts en psychologie du travail qui pensent qu'à ce stress chronique s'ajoute le manque d'autonomie, le déséquilibre entre efforts et reconnaissance, le faible soutien social et le manque de communication. Les leaderships destructeurs seraient à l'origine de tels maux. Selon Aasland, Skogstad, Notalaers, Nelsen, & Einarsen (2010)^[23].

« L'approche sous l'angle de l'identification des risques principaux a conduit assez naturellement les établissements à mettre au-devant de la scène les RPS (risques psychosociaux) et souvent à en retenir la résultante, plutôt que les causes génératrices de ces problématiques (absentéisme, turnover, stress, souffrance et usure professionnelles, démotivation...) »^[24].

Dans la QVT, ce sont les organisations qui sont malades et qu'il faut traiter, dans les RPS ce sont les personnes qui sont malades et qu'il faut soigner.

L'hôpital n'a pas pour vocation de soigner son personnel, par contre l'organisation, l'hôpital, se doit d'en prendre soin. La vocation première de l'hôpital est de garantir la qualité des soins qu'il doit

aux patients. Ce qu'il faut démontrer c'est qu'il y concourt quand il prend soin de son personnel. On y voit un lien de causalité évident : la QVT prévient les RPS. L'idéal serait de ne pas attendre que l'organisation soit malade pour mettre en place une bonne qualité de vie au travail. Si défaillance des organisations il y a, alors il faut traiter l'organisation! Si l'on envisage les organisations comme un système vivant (formés d'organes), on voit bien que les RPS sont une conséquence de la QVT, un réactif, et que le curatif, le **Cure**, sera de s'occuper des victimes des organisations quand le préventif, le **Care**, sera de s'occuper de la qualité systémique des organisations.

L'absentéisme ne révèle pas seulement une difficulté personnelle d'un agent (maladie, problème social, etc.), mais renvoie avant tout à une problématique organisationnelle : une organisation du travail jugée inadaptée à l'activité et dont le décalage devient trop pesant, un mode de management qui n'est pas compris ou accepté, ou une perte de repères au sein de l'établissement dus à des réformes hospitalières dont on ne saisit pas forcément le sens.

L'ABSENTÉISME, PROBLÉMATIQUE ET RÉVÉLATEUR

La question de l'absentéisme est centrale dans toutes organisations. Et, au-delà de l'absentéisme, c'est le désinvestissement, le désengagement, le turn-over, l'Épuisement Professionnel (EP), les burn-outs, les Risques Psycho-Sociaux (RPS), qu'il engendre.

Selon l'étude de l'institut Sapiens l'absentéisme révèle « dans 99 % des cas, des conditions de travail dégradées ». Pour y remédier il faut « améliorer la qualité de vie au travail, éviter les erreurs grossières de management » et avoir une stratégie qui intègre l'engagement humain comme objectif principal.

Véritable révélateur du climat social qui règne au sein des organisations, l'engagement est un levier d'attractivité dans le sens magnétique du terme. C'est précisément la définition du Magnet Hospital que donne le n°110 de l'ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)^[25] dans un chapitre qui lui est consacré. Le terme d'organisation «**aimant** », pour définir un nouveau type de management, est très juste et dans les deux sens du terme. En effet, parler d'une organisation « aimant » fait référence au double sens du mot :

- Le verbe Aimer : à l'**attention** que l'on porte à son capital humain pour qu'il se sente bien dans l'organisation, limiter le turnover et l'absentéisme.
- La force magnétique de l'aimant : à l'**attirance** que doit avoir une organisation pour faciliter son recrutement, avec l'idée sous-jacente d'avoir du mal à pouvoir s'en détacher.

Car l'un ne peut aller sans l'autre. « *L'intuition de McClure*^[26] était de se focaliser sur les motifs qui invitent les soignants à venir travailler et à y rester ». Cette préoccupation est incontournable, que l'organisation soit du secteur privé ou public. La phrase de James Goodnight^[27] prend tout son sens ici : « *95% de mon capital quitte les murs de l'entreprise tous les soirs ... nous devons faire le nécessaire pour qu'il revienne le lendemain matin* ».

L'attractivité est le point de départ et l'objectif des stratégies de QVT, elle est le dénominateur et la résultante, le fruit d'une promesse tenue, celle de prendre soin de son Capital Humain. L'attractivité est en même temps principe et objectif à atteindre dans une **temporalité longue**. « *La mise en place du concept d'hôpital magnétique, impliquant un environnement organisationnel attractif*, » est le fil d'Ariane de la politique des établissements de santé. « *En Belgique, sous l'impulsion des chercheurs Stordeur S. et D'Hoorre W., le projet ARIQ (Attraction, Réétention, Implication des infirmières et Qualité des soins)* »^[28] voit le jour et, en France, ce sera l'exemple à suivre, « *le premier axe du projet social* ».

Quels sont les fondamentaux qui vont y guider les stratégies à mettre en place contre l'absentéisme :

- **Recrutement** : « *La gestion des effectifs doit être en adéquation avec la charge de travail* » et « *taux d'encadrement d'un soignant pour 5 à 8 patients qui garantit une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins* »
- **Intégration** : accompagnement, tutorat et formation sur les valeurs du service « *Les Magnet Hospitals prennent le temps de l'accompagnement et du travail en binôme, en doublure, pour assurer l'intégration des nouveaux* ».
- **Formation** : accompagnement des apprentis, stagiaires et du personnel de la santé, soutien des besoins de qualification des agents.

[25] Page 35 de l'étude « Prenons soin des professionnels de santé », chapitre « Quelles transformations attendues ? Quelles démarches inspirantes ? »

[26] Margaret McClure - USA - professeure de sciences infirmières

[27] James Goodnight, directeur général du SAS Institute depuis 1976, qu'il a co-fondé cette même année avec d'autres membres du corps professoral de la North Carolina State University

[28] Page 39 « Quelles transformations attendues ? Quelles démarches inspirantes ? » par A-M Pronost

- **Rémunération** : même si la rémunération n'est pas la pierre angulaire de l'engagement auprès des collaborateurs, il est un moyen dont on ne peut pas ignorer la portée. La tape sur l'épaule est nécessaire pour encourager. Présenter en réunion la qualité de ses équipes est primordial pour sédimer l'équipe. La rémunération doit être équitable et doit accompagner toutes les évolutions de postes, les surcharges de travail, de nouvelles charges de travail ainsi que des résultats extraordinaires ...
- **Vie personnelle / vie professionnelle** : sur chaque poste il faut envisager tous les besoins avant qu'ils n'apparaissent : une naissance, un déménagement, une séparation... dans toutes les situations où l'équilibre perso/pro va être mis à mal, ce ne doit jamais être au dépend de la vie du personnel soignant (et par ricochet sur la qualité de son travail). D'autre part, une attention toute particulière doit être apportée au fait que la profession est à 75% occupée par du personnel féminin et doit donc tenir compte des situations des mères célibataires (et des parents célibataires en général).
- **Leadership et management** : formation et suivi dans le management soutenant, habilitant et aimant.

On pourrait résumer « l'hôpital aimant » comme l'histoire de la vie de chaque collaborateur dans l'organisation.

Dans cette vision systémique, chacun des collaborateurs est important et participe à la qualité des soins. « *De manière presque consensuelle aujourd'hui, il est admis que la **bienveillance des patients** dans une structure qui les soigne ne saurait se penser indépendamment d'une **posture managériale respectueuse des collaborateurs*** »^[29].

LA PERFORMANCE ÉCONOMIQUE DU CAPITAL HUMAIN OU COMMENT REDONNER DU SOUFFLE AUX HÔPITAUX

Pour conclure sur ce sujet, on citera Anne-Paule Duarte^[30] dans sa tribune^[31], qui met en lumière les maux et résume, de manière pragmatique, les conséquences : « *augmentation de la souffrance psychologique au travail avec un impact sur le taux d'absentéisme, des risques d'erreurs, des maladies physiques et psychiques.*

La souffrance au travail est un facteur nuisible, puisqu'elle affecte le corps comme le mental, les émotions et le comportement du professionnel (rapport de l'Assemblée nationale, 2017) ».

En ayant conscience de ces troubles et de ces maux que génèrent les soins, on doit pouvoir préparer le collectif à mettre en œuvre des pratiques qui les préviennent, les évitent ou les incorporent dans la vie du soignant.

Ce faisant, l'hôpital sera en capacité de dégager des marges de manœuvre qui lui font cruellement défaut et se mettra en capacité de renforcer ses moyens humains par une meilleure gestion de ceux-ci :

- De révéler les réelles causes de l'absentéisme, les micro-cassures, les signaux faibles,
- De mesurer la portée, identifier les axes stratégiques,
- De pouvoir en comptabiliser les coûts réels, directs et indirects, induits et cachés et ainsi d'évaluer les gains futurs d'une gestion des effectifs,
- D'accompagner les services, former les manager et animer en projet la « Mission ».

La « Mission » de l'Hôpital est la pierre angulaire Qualité de Vie au Travail.

C'est la « Mission » qui définit les valeurs, le sens, le projet, qui fédère l'engagement de ses collaborateurs.

Un collaborateur plus performant, qui fait moins d'erreur, est six fois moins absent, est deux fois moins malade, 55% plus créatif, 31% plus productif, et rapporte 22% de profitabilité en plus^[32].

« *La qualité de vie au travail est un déterminant de la qualité des soins et qu'elle impacte positivement, à court terme, la performance économique des organisations* »^[33].

Vous avez les moyens humains de gagner en notoriété et en performance ; soyez le prochain « hôpital aimant ».

[29] Page 16 de l'étude « Prenons soin des professionnels de santé », chapitre « Contexte et enjeux de la qualité de vie au travail » par Alice Casagrande, Directrice formation, innovation et vie associative, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP)

[30] Anne-Paule Duarte : Enseignante en IFSI (institut de formation en soins infirmiers), groupe hospitalier APHP-Sorbonne université, doctorante en sciences de l'éducation, université Paris-Nanterre, CREF EA 1589 (Centre de recherches en éducation et en formation), membre de la commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients, HCSP

[31] Page 50 de l'étude « Prenons soin des professionnels de santé », chapitre « Accompagnement des professionnels pour une meilleure qualité de vie au travail »

[32] Communication Gagnante, « Le bonheur au travail c'est rentable et durable », par Laurence Vanhée, l'université du CECA, le 21 septembre 2015 <http://www.communicationgagnante.com/le-bonheur-au-travail-cest-rentable-et-durable-laurence-vanee-ceca/>

[33] Page 18 « Contexte et enjeux de la qualité de vie au travail » par Héroïse Haliday

CHSCT

L'ancienneté du risque grave invoqué par le CHSCT pour recourir à une expertise fait obstacle à la désignation d'un expert agréé

Le CHU de Lille a saisi le Tribunal judiciaire par acte du 16 juillet 2019 aux fins de voir prononcer l'annulation d'une délibération de son CHSCT en date du 03 juillet 2019 décidant de recourir à une expertise pour risque grave sur l'ensemble de l'établissement. Par une ordonnance, le Président du Tribunal judiciaire a annulé la délibération du CHSCT au motif que les faits allégués pour caractériser le risque grave étaient trop anciens.

RG 19/00850 - N° Portalis DBZS-W-7B7D-T2A2

Les établissements visés à l'article 2 de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 devront installer le comité social d'établissement (CSE) à l'occasion des prochaines élections professionnelles à échéance décembre 2022. Dans l'attente, chaque établissement public de santé demeure doté d'un CHSCT conformément à l'article L. 4111-1 du Code du travail. En effet, nonobstant l'abrogation de ces dispositions par l'ordonnance n°2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales, le Code du travail dans sa rédaction à la date de ladite ordonnance demeure applicable aux hôpitaux publics conformément à l'article 10 de ladite ordonnance.

Partant, ce sont toujours les anciennes dispositions de l'article L. 4614-12 du

Code du travail qui s'appliquent pour les établissements publics de santé.

Pour rappel, aux termes de cet article, le CHSCT peut recourir à une expertise en cas de projet important de l'employeur ou de risque grave. C'est sur ce fondement légal que le CHSCT du CHU de Lille a voté le recours à une expertise pour risque grave.

La Cour de cassation a jugé à plusieurs reprises que pour pouvoir recourir à une expertise pour risque grave, le risque grave en question devait être préalablement identifié ou être constaté dans l'établissement, sérieux et actuel.

L'ordonnance du Président du Tribunal judiciaire de Lille du 03 novembre 2020 est intéressante à double titre.

En premier lieu, cette ordonnance vient illustrer la jurisprudence de la Cour de cassation sur le caractère « actuel » du risque grave invoqué par le CHSCT. Le Président du Tribunal judiciaire relève dans son ordonnance du 03 novembre 2020 : *« Il ressort tant de la motivation précitée de la résolution en litige que des pièces produites que le risque sécuritaire allégué au sein de l'établissement hospitalier se fonde sur des faits anciens (remontant à l'année 2018) et isolés (deux agressions sur l'année 2019). Le CHSCT n'apporte pas la preuve d'une augmentation du nombre d'agressions subies par le personnel des établissements du CHRU, et n'établit pas davantage de leur persistance au moment du vote de la résolution litigieuse ».*

Si l'employeur est tenu de prendre en charge le coût d'une expertise au motif que le CHSCT n'a pas de budget, encore faut-il que le CHSCT démontre la réalité du risque grave. La charge de la preuve lui incombe.

En l'espèce, les agressions subies par les agents du CHU de Lille par des usagers, cause de la demande d'expertise, pour autant qu'elles soient regrettables, étaient antérieurs d'une année à la délibération du CHSCT et ce dernier ne démontrait pas une persistance de ces faits à la date du vote.

Guillaume CHAMPENOIS

Avocat associé
Houdart & associés

Autrement formulé, la condition du caractère « actuel » du risque grave n'était pas remplie.

En deuxième lieu, se posait la question de savoir si le CHSCT pouvait voter une deuxième fois sur cette demande d'expertise pour risque grave après un premier vote ayant abouti au rejet de la demande. Le CHSCT était-il lié par son premier vote négatif ?

Plus précisément, le CHSCT avait mis au vote cette expertise le 1er mars 2019 et considérait que les abstentions devaient être décomptées comme des votes « pour ». Le CHU de Lille a été contraint de saisir le Tribunal judiciaire afin qu'il prononce l'annulation de cette délibération pour défaut de majorité ce qu'il a fait par ordonnance du 28 mai 2019.

Les membres du CHSCT ont contraint la direction de l'établissement à mettre une nouvelle fois la question de l'expertise à l'ordre du jour de la séance du 3 juillet 2019, délibération que le Président du Tribunal judiciaire de Lille a annulé dans son ordonnance du 03 novembre 2020.

Le CHU de Lille soutenait que le CHSCT ayant déjà rejeté à la date du 1er mars 2019 le recours

à cette expertise pour risque grave, pour les mêmes faits et dans les mêmes termes, il ne pouvait par la suite exiger un deuxième vote.

Le Président du Tribunal judiciaire a rejeté ce moyen au motif « *qu'il ne résulte d'aucun texte que le CHSCT ne puisse représenter ultérieurement au vote de ses membres une nouvelle résolution dans des termes quasiment identiques, dont en tout état de cause la nouvelle résolution comporte la question nouvelle de la décision du CHU de ne pas équiper les agents de sécurité de gilet pare-lames* ».

Autrement formulé, si un CHSCT vote contre une expertise, rien ne lui interdit de saisir à nouveau l'employeur d'une nouvelle demande strictement identique et de remettre au vote ladite demande expertise.

Ce faisant, l'inverse est également vrai. Un CHSCT ayant voté une expertise pour risque grave peut parfaitement voter à nouveau pour annuler rétroactivement ce recours à l'expertise. Cela survient quelque fois lorsque le Directeur de l'établissement et le CHSCT s'accordent pour apporter des réponses aux difficultés ayant conduit à recourir à ladite expertise.

DROIT SYNDICAL

Un syndicat non représentatif ne peut invoquer une discrimination syndicale au motif qu'il ne disposerait pas des mêmes moyens que les syndicats représentatifs au sein de l'établissement

Le juge des référés libérés du Conseil d'Etat a rejeté le pourvoi du syndicat « Force Syndicale Hospitalière » qui invoquait une discrimination syndicale au motif qu'il ne bénéficiait pas des mêmes moyens matériels que les syndicats représentatifs au sein de l'établissement. Le juge des référés écarte le moyen au visa des dispositions du Décret n° 86-660 du 19 mars 1986.

**Conseil d'État, Juge des référés,
16 mars 2020, n°439028**

Le droit syndical au sein des établissements publics de santé est régi par le Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les 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.

Aux termes de l'article 3 du Décret précité, l'établissement doit mettre à disposition un local aux organisations syndicales représentatives dans l'établissement ou présentant une section syndicale dans l'établissement mais également représentées au conseil supérieur de la fonction publique.

Tout autant, l'article 9 du Décret précité prévoit que les organisations syndicales représentatives dans l'établissement ou présentant une section syndicale dans l'établissement mais également

représentées au conseil supérieur de la fonction publique « *peuvent afficher toute information d'origine syndicale sur des panneaux réservés à cet usage, en nombre suffisant et de dimensions convenables, et aménagés de façon à assurer la conservation des documents* ».

De fait, l'octroi de moyens matériels par la direction de l'établissement est, pour partie, conditionné au fait que l'organisation syndicale est soit représentative dans l'établissement soit au fait qu'elle ait ouvert une section syndicale au sein de l'établissement et représentée au conseil supérieur de la fonction publique.

Dans son ordonnance du 16 mars 2020, le juge des référés du Conseil d'Etat a rejeté la requête du syndicat « *Force Syndicale Hospitalière* » tendant à ce qu'il soit enjoint au directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et à la directrice de l'hôpital Jean-Verdier sis à Bondy « *de réexaminer, dans un délai de quinze jours, les droits auxquels il peut prétendre quant à la détention de badges d'accès aux locaux, aux autorisations spéciales d'absence, aux fournitures de bureau, à la mise à disposition de moyen de téléphonie sans fil, au droit d'être rendu destinataire des notes de service relatives aux conditions de travail et, dans l'attente de ce réexamen, d'enjoindre à ces autorités de lui attribuer sans délai le bénéfice de ces moyens matériels d'action syndicale et, en second lieu, de prendre toute mesure de nature à faire cesser l'atteinte grave et manifestement illégale portée, du fait de la privation des moyens d'action, à sa liberté syndicale. Par une ordonnance n° 2001699 du 13 février 2020, le juge des référés du tribunal administratif de Montreuil a rejeté sa demande* ».

Le recours introduit par le syndicat « *Force Syndicale Hospitalière* » reposait sur les dispositions de l'article L.521-2 du Code de justice administrative lequel énonce que « *saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale. Le juge des référés se prononce dans un*

délai de quarante-huit heures. » C'est ici la procédure plus communément appelée, le référé liberté.

Le Tribunal administratif de Montreuil a rejeté le référé liberté du syndicat et le juge des référés libérés du Conseil d'Etat confirme l'ordonnance déférée et rejette l'appel du syndicat.

Le syndicat considérait que le refus de l'établissement de lui mettre à disposition un local et de lui accorder divers moyens matériels nécessaires à l'accomplissement effectif de son action syndicale caractérisait une atteinte à une liberté fondamentale.

Le juge des référés du Conseil d'Etat n'a manifestement pas été convaincu par l'argumentation du syndicat en question et a confirmé l'ordonnance de première instance au motif que ledit syndicat n'était pas représentatif dans l'établissement et que « *les principes de liberté syndicale et de non-discrimination entre organisations syndicales légalement constituées ne font pas obstacle à ce que, conformément au décret n° 86-660 du 19 mars 1986, soient réservées aux organisations syndicales représentatives certaines facilités d'exercice des droits syndicaux, compte tenu de l'objet même de ces facilités, des nécessités du service ou de contraintes particulières.* »

Il en déduit logiquement que « *dans ces conditions, la décision par laquelle la directrice de l'hôpital Jean Verdier a refusé d'attribuer au syndicat requérant le bénéfice d'un téléphone sans fil numérique, de fournitures de bureau et d'un badge d'accès permanent, sans que ce refus fasse obstacle à ce que les membres de ce syndicat aient accès à tous les locaux, ne porte pas une atteinte grave et manifestement illégale à la liberté syndicale.* »

Cette ordonnance est utile en ce qu'elle permet de rappeler que le droit syndical est encadré dans la fonction publique hospitalière par le Décret n°86-660 du 19 mars 1986 précité et que l'application de ce Décret est d'interprétation stricte.

La lecture dudit Décret conduit par exemple à rappeler que l'affichage syndical en dehors des panneaux prévus à cet effet est entaché d'illégalité, tout comme le fait de distribuer des tracts qui ne peut s'opérer qu'« *en dehors des locaux ouverts au public* » et donc hors la présence d'usagers.

FORMATION

Prendre en charge les frais de formation d'un agent au titre de la promotion professionnelle en contrepartie d'un engagement de servir n'est pas sans risque pour l'établissement public de santé

Par un arrêt du 15 octobre 2020, la Cour administrative d'appel de Lyon a précisé les contours de l'obligation de servir de l'agent dont la formation est prise en charge par l'établissement employeur et a précisé ce que l'établissement est en droit de solliciter en termes de remboursement si l'agent ne respecte pas son engagement de servir.

CAA Lyon, 15 octobre 2020 n°18LY03527

Dans cet arrêt, la Cour administrative d'appel de Lyon a jugé que « *l'agent qui a bénéficié d'une formation rémunérée par l'établissement public qui l'emploie, est tenu de servir dans l'un des établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 précitée, pendant une durée égale au triple de celle de sa formation et, au cas où il cesserait de servir dans la fonction publique hospitalière avant ce terme, ne peut être tenu de rembourser que les seules rémunérations qu'il a perçues durant cette formation, à l'exclusion des frais et charges de toute nature supportées par son employeur.* »

Au cas d'espèce, en contrepartie d'un engagement de servir souscrit par l'un de ses agents, les hospices civils de Lyon (HCL) ont pris en charge le coût de sa formation d'infirmier d'une durée de 3 ans (septembre 2001 à septembre 2004). A ce titre, les HCL ont déboursés 41 635,72 euros pour les seuls frais de formation et de scolarité de l'agent.

À l'issue de sa formation, diplôme en poche, cet agent sollicite et obtient une disponibilité pour convenance personnelle pour une première période de 5 ans renouvelée une fois pour une durée identique. À l'issue de ces dix ans

de disponibilité pour convenance personnelle, les HCL lui proposent successivement trois postes pour sa réintégration. L'agent décline chacun des trois postes et fait l'objet d'un licenciement. Les HCL émettent un titre de recette pour recouvrer la somme de 41.635,72 euros.

Las, non seulement le titre de recette n'était pas conforme aux textes applicables puisqu'il ne mentionnait pas le prénom et le nom de l'ordonnateur mais au surplus le juge administratif juge que les frais de scolarité ne peuvent faire l'objet d'une répétition et que seuls les salaires versés à l'agent peuvent être répétés par l'émission d'un titre de recette conforme.

Pour ce qui est du titre de recette, on ne rappellera jamais assez que sa régularité est conditionnée au respect d'un formalisme rigoureux lié au fait que l'émission d'un titre de recette constitue un « *privilège de l'administration* ». C'est en raison du caractère dérogatoire au droit commun du recouvrement des créances que le titre de recette de l'administration est strictement encadré.

C'est aussi pour ce motif que le recours pour excès de pouvoir à l'encontre du titre de recette est suspensif, c'est-à-dire que le dépôt d'un recours pour excès de pouvoir au greffe du Tribunal suspend le caractère exécutoire du titre de recette. C'est ici l'une des très rares hypothèses où le recours devant le juge administratif suspend le caractère exécutoire de la décision administrative.

Dans son arrêt, la Cour rappelle utilement que « *l'annulation d'un titre exécutoire pour un motif de régularité en la forme n'implique pas nécessairement, compte tenu de la possibilité d'une régularisation par l'administration, l'extinction de la créance litigieuse, à la différence d'une annulation prononcée pour un motif mettant en cause le bien-fondé du titre.* »

Aussi, une fois relevé l'irrégularité du titre de recette, la juridiction s'est donc penchée sur la régularité de la créance des HCL.

Pour ce qui est de la créance proprement dite, comme le rappelle la Cour, l'article 7 du Décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière

énonce que « lorsque, à l'issue d'une formation prévue au b de l'article 2, l'agent qui a été rémunéré pendant sa formation obtient l'un des certificats ou diplômes lui donnant accès aux corps, grades ou emplois mentionnés dans le décret du 30 novembre 1988 susvisé, dans les décrets n° 89-609, n° 89-611, n° 89-613 du 1er septembre 1989 susvisés et dans le décret n° 93-652 du 26 mars 1993, il est tenu de servir dans un des établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée pendant une durée égale au triple de celle de la formation, dans la limite de cinq ans maximum à compter de l'obtention de ce certificat ou diplôme. Dans le cas où l'agent quitte la fonction publique

hospitalière avant la fin de cette période, il doit rembourser à l'établissement qui a assuré sa formation les sommes perçues pendant cette formation proportionnellement au temps de service qui lui restait à accomplir.»

Les HCL étaient uniquement fondées à émettre un titre de recette pour recouvrer les traitements et autres accessoires du traitement versés à l'agent durant sa scolarité au sein de l'institut en soins infirmiers (IFSI). Enfin, au-delà de la règle de droit, on peut s'interroger sur l'opportunité d'accorder dès la sortie de l'IFSI une disponibilité pour convenance personnelle à l'agent ayant souscrit un engagement de servir.

COVID 19

Décret n°2020-1309 du 29 octobre 2020 portant indemnisation et majoration exceptionnelle des heures supplémentaires réalisées dans les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Le décret détermine les conditions et les modalités selon lesquelles les heures supplémentaires réalisées dans le contexte de la lutte contre l'épidémie de covid-19 par les fonctionnaires et les agents contractuels de droit public des établissements situés dans des zones de circulation active du virus (liste établie par décision du directeur général de l'ARS), sont indemnisées et font l'objet d'une majoration exceptionnelle.

En effet, les heures supplémentaires effectuées entre le 1er octobre et le 31 décembre 2020 sont compensées sous la forme de la seule indemnisation.

Le calcul de l'indemnisation fait application des coefficients suivants :

- 1,875 aux 14 premières heures supplémentaires ;
- 1,905 aux heures supplémentaires suivantes ;
- D'une majoration de 150 % de l'heure supplémentaire lorsqu'elle est effectuée de nuit ;
- D'une majoration de 100 % de l'heure supplémentaire lorsqu'elle est effectuée un dimanche ou un jour férié.

Le paiement est réalisé au plus tard le 1er mars 2021.

Arrêté du 6 novembre 2020 relatif à l'indemnité exceptionnelle de stage versée aux étudiants en soins infirmiers de deuxième et troisième années durant la période de crise sanitaire

Sur décision du directeur général de l'ARS et lorsque la situation d'urgence sanitaire sur le territoire le justifie, une indemnité exceptionnelle, cumulable avec l'indemnité visée à l'article 15 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, est versée aux étudiants en soins infirmiers de 2e et 3e années lors de leurs périodes de stage.

Le montant de cette indemnité est fixé, sur la base d'une durée de stage de 35 heures par semaine, à :

- 98,50 € hebdomadaire en 2e année ;
- 86,50 € hebdomadaire en 3e année.

Cette indemnité est versée au plus tard le mois suivant la fin du stage par l'ARS de la région d'implantation de l'institut dont relève l'étudiant. Son coût est financé sur les crédits de l'assurance maladie.

SEGUR DE LA SANTE

Arrêté du 31 octobre 2020 modifiant l'arrêté du 19 septembre 2020 fixant le montant du complément de traitement indiciaire applicable aux agents des établissements publics de santé, des groupements de coopération sanitaire et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la fonction publique hospitalière

Le montant du complément de traitement indiciaire institué par le décret n° 2020-1152

Manon QUILLEVERE
Responsable RH au CH
de Landerneau

du 19 septembre 2020 est augmenté dès le 1er décembre 2020 (en lieu et place du 1er mars 2021) de 25 points d'indices majorés supplémentaires.

DROITS ET OBLIGATIONS

Circulaire du 2 novembre 2020 visant à renforcer la protection des agents publics face aux attaques dont ils font l'objet dans le cadre de leurs fonctions.

Une mise en œuvre des instructions suivantes est notamment demandée aux directions des établissements relevant de la fonction publique hospitalière :

- Mettre en œuvre la protection fonctionnelle si nécessaire ;
- Garantir la mobilisation des managers pour protéger leurs agents faisant l'objet de menaces ou victimes d'attaques, via la formation des managers tout particulièrement ;
- Prendre pleinement en compte les menaces et attaques dont les agents publics peuvent faire l'objet sur les espaces numériques, dans le cadre de leurs fonctions, notamment en y répondant avec la plus grande fermeté ;
- Mettre en place un suivi systématique des menaces ou attaques dont sont l'objet les agents publics, ainsi que des protections accordées ;
- Mettre en œuvre un dispositif d'orientation, de conseil et d'accompagnement des agents.

REMUNERATION

Décret n°2020-1366 du 10 novembre 2020 modifiant le décret n°85-1148 du 24 octobre 1985 modifié relatif à la rémunération des personnels civils et militaires de l'Etat, des personnels des collectivités territoriales et des personnels des établissements publics d'hospitalisation

L'article 41 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a modifié l'article 20 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 en y insérant une phrase ainsi rédigée : « *En cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents telle que prévue à l'article 373-2-9 du code civil, mise en œuvre de manière effective, la charge de l'enfant pour le calcul du supplément familial*

de traitement peut être partagée par moitié entre les deux parents soit sur demande conjointe des parents, soit si les parents sont en désaccord sur la désignation du bénéficiaire. »

Le décret du 10 novembre 2020 vient préciser cette disposition avec les données ci-dessous :

- Situations entrant dans le champ d'application du dispositif :
 - Lorsque les parents en ont fait la demande conjointe ;
 - Lorsque les parents sont en désaccord sur la désignation du bénéficiaire unique ;
- Lorsque les parents ont fait une demande conjointe de partage du SFT, ils ne peuvent remettre en cause les modalités ainsi choisies qu'au bout d'un an, sauf changement du mode de résidence de l'enfant.
- Le montant dû à chacun des parents est égal au montant dû pour l'ensemble des enfants dont il est le parent ou dont il a la charge effective et permanente, multiplié par un coefficient résultant du rapport entre le nombre moyen de ses enfants et le nombre total d'enfants dont il est le parent ou à la charge effective et permanente.
- Le nombre moyen d'enfants pour chaque parent est obtenu en faisant la somme du nombre d'enfants à sa charge dans les conditions suivantes :
 - Chaque enfant en résidence alternée compte pour 0,5 ;
 - Les autres enfants à charge comptent pour 1.
- Lorsque son ancien conjoint est fonctionnaire ou agent public, le bénéficiaire peut demander à ce que le SFT qui lui est dû soit calculé du chef de son ancien conjoint. Dans ce cas, le SFT est calculé sur la base de l'indice de traitement de l'ancien conjoint.

Décret n° 2020-1296 du 23 octobre 2020 relatif à l'indemnité de fin de contrat dans la fonction publique

Pour rappel, l'article 23 de la loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a notamment modifié l'article 10 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires applicables à la fonction publique hospitalière. Ces modifications entreront en vigueur le 1er janvier 2021.

Le futur article 10 prévoit à son alinéa 2 :

- Le versement d'une indemnité de précarité aux agents ayant signé un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure ou égale à un an (durée prenant en compte, le cas échéant, les renouvellements de contrats).
- Les motifs de contrats visés et non visés sont les suivants :

Motifs entrant dans le champ d'application du versement de l'indemnité de précarité (loi du 9 janvier 1986)	Motifs n'entrant pas dans le champ d'application du versement de l'indemnité de précarité (loi du 9 janvier 1986)
<ul style="list-style-type: none"> • Art. 9 : besoins permanents (y compris à temps non complet) 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 9-1 III 2° : faire face à un accroissement saisonnier d'activité • Art. 9-2 : détachement d'un directeur sur un contrat
<ul style="list-style-type: none"> • Art. 9-1 I : remplacement momentané d'agent (y compris les compensations de temps partiel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 9-4 : contrat de projet
<ul style="list-style-type: none"> • Art. 9-1 II : faire face à la vacance temporaire d'un emploi dans l'attente du recrutement d'un fonctionnaire 	
<ul style="list-style-type: none"> • Art. 9-1 III 1° : faire face à un accroissement temporaire d'activité 	

• L'indemnité de précarité n'est pas due lorsqu'au terme de son contrat ou de ses contrats l'agent concerné est nommé stagiaire ou élève à l'issue de la réussite à un concours ou bénéficie du renouvellement de son contrat ou de la conclusion d'un nouveau contrat à durée déterminée ou indéterminée, au sein de la fonction publique hospitalière.

A ces nouveautés, l'article 3 du décret du 23 octobre 2020 ajoute :

- Que l'indemnité est due uniquement lorsque le contrat est exécuté jusqu'à son terme.
- Que le contrat à durée indéterminée proposé doit permettre à l'agent d'occuper le même poste ou un emploi similaire, assorti d'une rémunération équivalente.
- Que l'indemnité de précarité n'est pas due lorsque le montant de rémunération brute globale de l'agent est supérieur à deux fois le montant brut du salaire minimum.
- Le calcul de cette indemnité : 10 % de la rémunération brute globale perçue par l'agent au titre de son contrat et, le cas échéant, de ses renouvellements.

- Que l'indemnité est versée au plus tard un mois après le terme du contrat.

Décret n°2020-1298 du 23 octobre 2020 modifiant le décret n°2008-539 du 6 juin 2008 relatif à l'instauration d'une indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat

Ce décret prolonge jusqu'en 2021 de l'indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat. A ce titre, la période de référence est fixée du 31 décembre 2016 au 31 décembre 2020 pour l'application de la formule servant à déterminer le montant de la garantie versée.

Arrêté du 23 octobre 2020 fixant au titre de l'année 2020 les éléments à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat

Pour la période de référence précédemment citée, le taux de l'inflation ainsi que les valeurs annuelles du point à prendre en compte sont les suivants :

- Taux de l'inflation : + 3,77 % ;
- Valeur moyenne du point en 2015 : 55,563 5 € ;
- Valeur moyenne du point en 2019 : 56,232 3 €.

RECRUTEMENT

Décret n°2020-1279 du 20 octobre 2020 modifiant le décret n°2011-660 du 14 juin 2011 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie B de la fonction publique hospitalière

Ce texte modifie les conditions à réunir pour s'inscrire aux concours de recrutement du corps d'assistant médico-administratif dans la branche « assistance de régulation médicale » :

- Le concours interne organisé dans la branche "assistance de régulation médicale" du corps des assistants médico-administratifs est constitué d'une phase d'admissibilité sur dossier et d'un entretien avec un jury ;
- Les candidats aux concours externe et interne organisés dans la branche "assistance de régulation médicale" du corps des assistants médico-administratifs doivent être titulaires du diplôme d'assistant de régulation médicale délivré par un centre de formation agréé par le ministre chargé de la santé. » ;

- Des concours réservés peuvent être ouverts jusqu'au 31 décembre 2026 pour le recrutement dans le premier grade du corps des assistants médico-administratifs – branche "assistance de régulation médicale".

Deux arrêtés du 20 octobre 2020 fixent les règles d'organisation générale, la nature et le programme des épreuves des concours (interne, externe et réservé) permettant l'accès au corps des assistants médico-administratifs de la fonction publique hospitalière

PERSONNEL MEDICAL

Décret n°2020-1307 du 29 octobre 2020 modifiant les conditions de versement de l'indemnité forfaitaire d'hébergement aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie

Ce texte supprime la condition de distance minimale de 30 kilomètres entre, d'une part, le CHU de rattachement ou le domicile de l'interne et, d'autre part, le terrain de stage ambulatoire situé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins (article L. 1434 1° du code de la santé publique) pour être éligible au versement de l'indemnité forfaitaire d'hébergement.

Décret n°2020-1308 du 29 octobre 2020 portant diverses dispositions relatives au troisième cycle des études médicales et modifiant le code de l'éducation

Ce décret fixe les modalités de prise en compte des périodes de disponibilité pour recherches ou études présentant un intérêt général dans l'ancienneté des étudiants en pharmacie (depuis le 1er novembre 2020) et prend en compte les conséquences de l'extension du statut de docteur junior aux étudiants issus de la filière odontologique qui suivent un diplôme d'études spécialisées de chirurgie orale (DESCO) en termes de rémunération des gardes et astreintes (depuis la rentrée universitaire 2020-2021).

Arrêté du 9 novembre 2020 pris en application du deuxième alinéa de l'article R. 631-24-1 du code de l'éducation et fixant la répartition des contrats d'engagement de

service public offerts restant à pourvoir au titre de l'année universitaire 2019-2020

Le nombre de contrats d'engagement de service public pouvant être signés par les étudiants et internes en médecine et en odontologie, à compter du 25 juillet 2020, est fixé dans un tableau de l'arrêté du 9 novembre 2020.

Pour rappel, le contrat d'engagement de service public est une mesure incitative permettant de fidéliser de jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est en danger.

Arrêté du 30 octobre 2020 relatif au service de garde des internes et à l'indemnisation des gardes et astreintes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne

Cet arrêté modifie :

- L'arrêté du 10 septembre 2002 modifié relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité : **la période de garde de nuit peut désormais être divisée en 2 demi gardes.**
- L'arrêté du 6 août 2015 modifié relatif aux astreintes des internes :
 - Chaque plage de 5 heures cumulées fait l'objet du versement d'une demi indemnité de sujétion d'un montant de **74,5 € et non plus 59,50 €.**
 - Le décompte du temps d'intervention sur place et du temps de trajet réalisés pendant une période d'astreinte ne peut dépasser l'équivalent de la comptabilisation de 2 demi-journées et le versement d'une indemnité de sujétion d'un montant de **163 € au lieu de 119 €.**
- L'arrêté du 20 mai 2016 modifié relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne :
 - Les internes et les faisant fonction d'interne perçoivent, pour chaque garde effectuée au titre du service de garde normal, pendant les nuits, des lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, une indemnité forfaitaire de garde au montant brut de **149 € au lieu de 119,02 €.**

- Les internes et les faisant fonction d'interne perçoivent, pour chaque garde effectuée au titre du service de garde normal la nuit du samedi au dimanche, le dimanche ou jour férié en journée, la nuit du dimanche ou d'un jour férié une indemnité forfaitaire de garde au montant brut de **163 € au lieu de 130,02 €**.

- L'article 1 de l'arrêté de 2016 est complété : les internes et les faisant fonction d'interne perçoivent pour chaque demi-garde effectuée au titre du service de garde normal, une indemnité forfaitaire de demi-garde de **74,5 €** par demi-garde effectuée pendant les nuits, des lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi et **81,5 €** par demi-garde effectuée la nuit du samedi au dimanche, le dimanche ou jour férié en journée, la nuit du dimanche ou d'un jour férié.

- L'indemnité forfaitaire de garde supplémentaire est de **163 € par garde supplémentaire au lieu de 130,02 € et de 81,5 € au lieu de 65,01 € par demi-garde supplémentaire**.

• L'arrêté du 15 juin 2016 modifié 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 :

- Les tableaux des annexes sont modifiés afin de préciser l'actualisation des montants des indemnités dues au 1er novembre 2020.

Arrêté du 29 octobre 2020 modifiant l'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 passe de **200 € à 300 €**.

Arrêté du 27 octobre 2020 modifiant certaines dispositions relatives à l'indemnité d'engagement de service public exclusif et arrêté du 27 octobre 2020 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016

relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé

A compter du 1er décembre 2020, le montant mensuel de l'indemnité d'engagement de service public exclusif est revalorisé à **1010 € bruts** et pour les praticiens dont les obligations de service sont fixées à 6 demi-journées à **606 € bruts**.

Arrêté du 27 octobre 2020 modifiant certaines dispositions relatives à l'indemnité d'engagement de service public exclusif

Pour rappel, une indemnité d'engagement de service public exclusif versée aux praticiens qui s'engagent, pour une période de 3 ans renouvelable, à ne pas exercer une activité libérale telle que prévue à l'article L. 6154-1 du code de la santé publique.

Le montant de cette indemnité passe de **700 € à 1 010 € bruts** à compter du 1er décembre 2020 pour les praticiens hospitaliers, les personnels enseignants et hospitaliers titulaires, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, les assistants hospitaliers universitaires et les praticiens hospitaliers universitaires.

De la crise Covid-19 au Ségur de la santé : Les ressources humaines hospitalières, un enjeu stratégique pour l'hôpital public

Amélie Roux, *Revue hospitalière de France*, n° 596, septembre-octobre 2020, p.14-20.

Après deux années de revendications fortes des soignants, contestant la hausse d'activité, la pression productiviste et des conditions de travail dégradées, le recrutement, l'attractivité, la fidélisation sont mis à mal et recentrent la question des ressources humaines à l'hôpital. Ces agents sont jeunes, féminisés, à faible revenu, horaires atypiques et pénibilité... l'enjeu de restauration de l'attractivité des métiers hospitaliers est majeur.

L'extime des téléconsultations

Croset-Calisto, Magali; in *Esprit*, n°11, novembre 2020, pp. 21-23.

Les téléconsultations ont explosé avec le COVID : 62% des français sont disposés à y recourir. Quid de la modification du soin, du secret professionnel et de la sécurité des données ? L'émotion, l'alliance thérapeutique, le langage corporel et les non-dits semblent éludés. Pour autant, la téléconsultation explore de nouveaux rapports, parfois libérés du regard, obligeant à reconsidérer « l'accélération thérapeutique » (Cynthia Fleury), ou mettant le patient en abyme de sa propre image narcissique. L'intime devient *extime* par la médiation de l'écran.

Le travail et l'éthique du care en temps de pandémie, sur Pascale Molinier - Le care monde

Borgeaud-Garciandía, Natacha; in *Travailler*, vol. 44, n°2, 2020, pp. 245-256.

Les soignants méprisés par le pouvoir dans les négociations de l'hiver dernier sont héroïsés lors de la crise sanitaire. Les acteurs du care, en confinement, deviennent essentiels à l'équilibre social. Boussole éthique de l'organisation sociale (prendre soin d'autrui), le care devient nécessaire en période de crise. « *L'héroïsation, cette pression diaboliquement efficace au surpassement de soi à tout prix, devra payer, au risque d'assister à l'effondrement psychique ou physique des professionnel.le.s qui ont tout donné pour que rien ne change* » : le post-crise verra-t-il notre société brutale inchangée ou aura-t-elle retenu un sentiment de gratitude envers les minuscules solidarités du quotidien ?

Santé RH est une publication mensuelle éditée par **INFODIUM** - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - www.infodium.fr
tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 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, Publatis - Abonnement et publicité : Nadine Giraud - 11 numéros par an - Abonnement 309,00 euros par an. Prix au numéro : 34 euros - n° de CPPAP 0121 1 89709 - ISSN 1969-7945 - Dépôt légal à date de parution - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
© Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



BULLETIN D'ABONNEMENT



Santé RH

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

W133

1 an, 11 numéros,

et l'accès au site

www.sante-rh.fr

(consultation de la base de données)
au prix de **309 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

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

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

Adresse de facturation si différent

Code Postal : Ville :

Cachet /Date
Signature

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

Infodium - SAS au capital de 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 2020 au 31 Décembre 2020.