

Éditorial

Impersonnalité et responsabilité

L'aspiration à l'impersonnalité dans les fonctions publiques est consubstantielle de la bureaucratie – terme pris ici dans son acception sociologique. L'émergence de l'organisation bureaucratique est contemporaine du début du règne de la loi dans les sociétés modernes. La fin de l'ancien régime a correspondu non seulement à la naissance des Parlements chargés de voter les lois, normes impersonnelles applicables à tous, mais aussi à la disparition des charges héréditaires ou cessibles.

La bureaucratie est une structure impersonnelle dédiée à l'application de normes impersonnelles. C'est là le cheminement social décrit par Weber, le passage d'une domination charismatique (fondée sur les qualités extraordinaires du chef), traditionnelle (dont la légitimité s'appuie sur le caractère sacré de dispositions transmises par le temps et sur les pouvoirs du chef), à une domination bureaucratique. L'existence d'une fonction publique anonyme et spécialisée est le corollaire d'une société d'hommes libres et égaux. Pour ce faire, les fonctionnaires doivent être recrutés et employés en fonction de leur stricte et exclusive compétence.

Cette identité de recrutement a dérivé vers une critique à l'encontre de leur comportement, comme si le fait d'être fonctionnaire induisait un manque d'originalité personnelle, de responsabilité, d'initiative. Bien évidemment, il n'en est rien. L'aspiration à l'impersonnalité n'emporte par de déterminisme quant à la personnalité des fonctionnaires, à leur compétence professionnelle, leurs aptitudes personnelles.

L'anonymat ne provoque pas une distanciation par rapport à la prise de responsabilité chez les fonctionnaires, c'est juste l'expression publique de l'absence d'implication de la sphère personnelle dans le travail. Ce n'est pas à l'agent public, en tant que personne, qu'on a affaire mais à l'État et ses différentes composantes (centrales, territoriales ou hospitalières), producteur de normes impersonnelles.

Cela ne signifie pas que le fonctionnaire soit irresponsable, l'article 15 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen a posé de longue date que « La société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration ». Mais toute la question contenue dans la formulation de cet article porte sur le lien entre responsabilité et identité. Le fonctionnaire n'est pas responsable en tant que personne privée, il l'est en tant qu'agent public qui rend compte de son action au service de l'État.

Le lien distendu entre responsabilité et identification doit être pris en compte par les gestionnaires de personnels. Servants anonymes de normes impersonnelles, les fonctionnaires sont peu enclins à se mettre en avant, à « nominaliser » leur travail. Ils ont pourtant des motivations spécifiques qu'il ne faut pas négliger : un sens aigu de l'intérêt général, du service du public, de la mission à laquelle ils concourent. Encadrer efficacement des personnels sous statut implique de prendre en compte cette dimension culturelle.

Robert HOLCMAN

Sommaire

Gestion des carrières

Les PADHUE (médecins) « nouvelle formule » : procédure de régularisation, réforme de la PAE, création du statut de praticien associé p2

Prospective & Management

L'autonomie à l'hôpital: et si l'inclination à secourir en était le principal frein ? p7

Jurisprudence

La position de congé sans traitement pour absence injustifiée après contrôle médical p11

Prorogation de stage et refus de titularisation p13

Veille réglementaire

..... p15

Veille documentaire / Agenda

..... p19 ; 20

Les PADHUE (médecins) « nouvelle formule » : procédure de régularisation, réforme de la PAE, création du statut de praticien associé

Les médecins ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union européenne vont bénéficier d'une sécurisation de leur exercice au sein des hôpitaux français. Cela passera par une procédure de régularisation des praticiens en poste, une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice et la création d'un statut de praticien associé.

Martine CAPPE

Chargée de projet RH

Aude CHARBONNEL

Juriste

Centre de droit JuriSanté,
CNEH

LA NÉCESSAIRE RÉFORME DES PADHUE

Confrontée à une pénurie de médecins, la France a dû à partir des années 70 ouvrir la profession aux praticiens à diplôme hors Union européenne (« Padhue ») en contradiction avec la législation puisque l'article L4111-1 du code de la santé publique (CPS) prévoit que nul ne peut exercer la profession de médecin s'il n'est notamment titulaire d'un diplôme français d'État de docteur en médecine ou d'un diplôme équivalent délivré par un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

A l'origine, l'accueil de ces praticiens devait être temporaire. Mais, d'une part, un certain nombre d'entre eux a souhaité rester en France pour des raisons familiales ou professionnelles, voire sociétales. Et, d'autre part, les hôpitaux n'ont pas réussi s'en passer !

Les autorités ont alors créé des concours afin de permettre à ces médecins de pouvoir faire reconnaître leurs diplômes, d'accéder au plein exercice de la médecine en France et donc de bénéficier des mêmes statuts que leurs confrères diplômés dans l'Hexagone (ou en Union européenne). Mais tous n'ont pu y accéder et beaucoup ont continué d'exercer en établissement public de santé sans la plénitude d'exercice.

Malgré les interdictions successives et donc en flirtant avec la légalité, les établissements publics de santé ont continué de faire appel à cette ressource indispensable. Nécessité faisant loi, le recrutement des Padhue se faisait alors par contrat au sein de chaque établissement, sans gestion au niveau national, ou a minima régional.

Il était donc temps, d'une part, de régulariser la situation des Padhue (liste C) exerçant dans les hôpitaux avant 2010 et, d'autre part, de mettre en place une nouvelle réglementation pour les « nouveaux arrivants » (listes A et B^[1]) tout en leur créant un nouveau statut.

C'est ainsi que la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a eu pour ambition de mettre en place « un dispositif ad hoc de résorption des situations de professionnels exerçant actuellement au sein d'établissements de santé sans autorisation de plein exercice ». Les objectifs poursuivis, exposés dans l'étude d'impact, sont de :

- « Sécuriser le contrôle des compétences des praticiens titulaires d'un diplôme délivré hors Union Européenne souhaitant bénéficier du plein exercice en France ;
- Améliorer les conditions d'intégration au système de santé français et de reconnaissance des professionnels concernés ;
- Créer les conditions pour qu'une fois résorbée la situation actuelle, il ne demeure plus qu'une seule voie d'accès à l'exercice des médecins en France, celle de la liste A, à l'exception de la liste B ».

[1] A savoir :

Liste A : ouverte à tous les praticiens qui ne répondant pas aux critères de la liste B. Il s'agit d'un concours annuel.

Liste B : cette liste n'est réservée qu'aux apatrides, les réfugiés politiques et les français rapatriés à la demande des autorités françaises. Il s'agit d'un examen, le nombre de candidats reçu n'est pas limité. Seule condition : obtenir la moyenne aux épreuves.

LA PROCÉDURE DE RÉGULARISATION DES PADHUE EN POSTE

La procédure d'autorisation d'exercice des PADHUE a été revue avec un dispositif transitoire afin de permettre aux praticiens justifiant d'une présence durable en établissement public de santé de bénéficier d'une autorisation de plein exercice. Cette procédure concerne environ 4000 médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes diplômés hors de l'Union européenne^[2]. L'objectif est de régulariser leur situation d'ici fin 2021 (nouveau B du paragraphe IV de l'article 83 de la loi du 21 décembre 2006).

Le décret n° 2020-1017 du 7 août 2020 détaille les conditions permettant de déposer un dossier de demande d'autorisation d'exercer :

Conditions pour déposer un dossier de demande d'autorisation d'exercice :

- les personnes doivent être titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession de médecin dans le pays d'obtention de ce diplôme ;
- ces personnes doivent avoir exercé des fonctions rémunérées en tant que professionnel de santé dans un établissement public de santé, un établissement privé d'intérêt collectif ou un établissement privé de santé.
- les candidats doivent avoir été présents dans un établissement de santé ou médico-social (voir encadré) mentionné à l'article L. 6111-1 du CSP entre le 1er octobre 2018 et le 30 juin 2019 et avoir exercé des fonctions rémunérées, en tant que professionnel de santé, pendant au moins deux ans en équivalent temps plein depuis le 1er janvier 2015. Ces conditions ont pour objet d'éviter que ce dispositif, qui vise à améliorer de manière structurelle et pérenne les modalités d'intégration des Padhue, constitue « *un signal destiné à intégrer l'ensemble des professionnels diplômés à l'étranger et qui n'exercent pas ou n'ont pas exercé depuis longtemps dans le système de santé français* »^[3].

[2] Selon leur principal syndicat, mais il n'existe aucune statistique fiable en la matière.

[3] Rapport n° 1767 (Assemblée nationale – XVème législature) de M. Thomas Mesnier fait au nom de la commission des affaires sociales, comptes rendus des travaux (volume III).

À propos de la décision du conseil constitutionnel n°2020-890 (QPC) du 19 mars 2021 « Association SOS praticiens à diplôme hors Union européenne de France et autres » et de la décision n°445041 du 12 mai 2021 du Conseil d'Etat

Le Conseil constitutionnel a censuré les dispositions légales réservant le dispositif transitoire de régularisation des Padhue aux seuls professionnels ayant exercé au sein d'établissements de santé et excluant ainsi les établissements sociaux et médico-sociaux. Sauf si l'établissement de type médico-social était rattaché à un établissement de santé, sous forme de service et budget annexe par exemple^[4]. Les requérants reprochaient aux dispositions de réserver la possibilité de déposer une demande d'autorisation d'exercice en France, aux seuls praticiens à diplôme étranger qui ont exercé une profession de santé au sein d'un établissement de santé et d'en exclure ainsi les praticiens à diplôme étranger qui ont exercé cette même profession de santé dans un établissement social ou médico-social. Les Sages ont écarté l'argumentation du Premier ministre tendant à soutenir que, quelle que soit la profession de santé exercée, son exercice au sein d'un établissement de santé traduisait nécessairement, au regard des missions d'un tel établissement, une compétence supérieure à celle que permet d'acquérir un exercice dans un établissement social ou médico-social.

Cette décision élargit *de facto* le nombre de praticiens concernés par le dispositif transitoire de régulation.

[4] Foire aux questions du Ministère des solidarités et de la santé, « Mise en œuvre du dispositif temporaire d'examen et de vérification des compétences des padhue », 3 novembre 2020.

Le Padhue, s'il remplit ces conditions, doit déposer son dossier de demande d'autorisation d'exercice entre le 1er novembre 2020 et le 29 juin 2021.

Une vérification des connaissances et des compétences est ensuite réalisée par l'examen du dossier de chaque candidat au regard de sa formation initiale, de ses titres et diplômes, de la formation continue et de l'expérience professionnelle et des compétences qu'il a acquises.

Le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) délivre une autorisation temporaire d'exercice permettant au praticien de continuer d'exercer son activité dans l'attente de la réponse de la commission. Cette attestation temporaire d'exercice prend fin au terme de la procédure. Le praticien doit transmettre cette autorisation à son employeur.

Attention : il ne pourra exercer que dans la région sanitaire de délivrance de l'attestation provisoire et dans son établissement à priori.

Ensuite, la commission régionale d'autorisation d'exercice se positionne sur l'autorisation d'exercice pour chaque dossier transmis :

- avis favorable
- avis défavorable
- avis avec recommandation : réalisation d'un parcours de consolidation des compétences

Enfin, la commission nationale est chargée de proposer au ministre soit de délivrer l'autorisation de plein exercice, soit de rejeter la demande, soit de prendre une décision d'affectation du candidat dans un établissement de santé en vue de la réalisation d'un parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit et réalisé dans un service formateur (formation théorique et pratique, d'une durée maximale équivalente à celle du troisième cycle des études de médecine de la spécialité concernée). À l'issue de ce parcours de consolidation, le candidat saisit la commission nationale d'autorisation qui émet un avis destiné au ministre chargé de la santé pour décision.



Ces mesures tant attendues vont enfin permettre la régularisation de nombreux PADHUE exerçant en France parfois depuis longtemps avec des statuts précaires. Finies les mesures dérogatoires successives de maintien en poste ! Cette intégration des PADHUE dans les statuts médicaux avec plénitude d'exercice est une reconnaissance bien méritée, a fortiori suite à leur grande implication dans la gestion de la crise sanitaire.

ZOOM SUR LA NOUVELLE PROCÉDURE AD HOC D'AUTORISATION D'EXERCICE (PAE)

La loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 a prévu une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice de droit commun et le décret du n°2020-672 du 3 juin 2020 en précise les modalités.

La grande (r)évolution : à partir du 1er janvier 2022, les établissements de santé ne pourront plus recruter directement les médecins à diplôme hors UE, de « gré à gré ». Il y aura pour les lauréats des épreuves annuelles de vérification des connaissances, un dispositif d'affectation ministérielle selon le rang de classement.

Les étapes de la nouvelle PAE :

1. Arrêté du ministre chargé de la santé déterminant les professions et, le cas échéant, les spécialités pour lesquelles les épreuves sont organisées, le nombre de places ouvertes ainsi que la liste des structures d'accueil proposées pour la réalisation des parcours de consolidation des compétences ;
2. Épreuves de vérification des connaissances et des parcours de consolidation des compétences qui sont préalables à l'autorisation d'exercice ;
3. Procédure nationale de choix de poste organisée par le directeur général du Centre national de gestion (CNG) ;
4. Choix des lauréats, en fonction de leur classement, du poste dans lequel ils réaliseront leur parcours de consolidation des compétences, après proposition et recensement des structures d'accueil par les ARS.
5. Consolidation de compétences de deux ans à temps plein pour exercer la profession de médecin.

A noter : les grands changements pour les PADHUE de la liste A

- Procédure nationale de choix de poste organisée par le CNG.
- Affectation des lauréats sur un poste par décision du CNG.
- Parcours de consolidation de compétences de 2 ans, dans la spécialité, accompli après réussite aux EVC.
- 4 candidatures maximum aux EVC et à l'autorisation d'exercice.

A noter : les changements pour les PADHUE de la liste B

Les personnes ayant la qualité de réfugié, apatride, bénéficiaire de l'asile territorial ou de la protection subsidiaire (la « liste B »), peuvent également prétendre à une autorisation d'exercice si elles sont titulaires d'un diplôme, d'un certificat ou d'un autre titre permettant d'exercer la profession de praticiens dans leur pays d'origine. Il s'agit alors d'un examen et non d'un concours. Leur dossier doit être transmis à leur ARS qui peut délivrer l'autorisation d'exercer. La validité de l'autorisation temporaire prend notamment fin si le candidat s'abstient, « sans motif impérieux », de se présenter aux épreuves de vérification des connaissances.

La nouvelle procédure d'autorisation devrait ainsi permettre une harmonisation des procédures de recrutements des médecins hors UE ayant réussi les épreuves de vérification des connaissances. L'harmonisation passera aussi par la création d'un statut unique.

LA CRÉATION DU STATUT DE PRATICIEN ASSOCIÉ

- Jusqu'à présent, les PADHUE étaient recrutés par les établissements hospitaliers sous différents statuts selon leur spécialité, le nombre d'années d'exercice en France, ou encore leur inscription à un diplôme français :
- Stagiaires associés,
- Faisant fonction d'interne,
- Assistants associés,
- Praticiens attachés associés PAA.

Ces situations étaient considérées comme injustes car elles ne s'accompagnaient pas nécessairement d'une activité ou d'une responsabilité allégées par rapport à celles des médecins titulaires. Par ailleurs, les PADHUE devaient souvent assurer des gardes relevant de la responsabilité d'autres membres du service.

« Demain », et au plus tard le 1er janvier 2023, les PADHUE exerceront, pour la période provisoire, sous le statut unique de praticien associé (décret n°2021-365 du 29 mars 2021).

Le nouvel article R6152-901 du code de la santé publique prévoit que « relèvent du statut des praticiens associés les praticiens qui, en vue d'exercer en France la profession de médecin, odontologiste ou pharmacien, sont tenus par le présent code ou par d'autres dispositions législatives ou réglementaires d'accomplir un parcours de consolidation des compétences ou un stage d'adaptation ainsi que les praticiens mentionnés aux articles R. 4111-38 et R. 4221-14-6 » .

Ces médecins exerceront des fonctions « *de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale* » par délégation, sous la responsabilité directe du praticien responsable de la structure dont ils relèvent ou de l'un de ses collaborateurs (article R6152-601 du code de la santé publique - CSP).

Pour effectuer leur parcours de consolidation des compétences ou leur stage d'adaptation, les praticiens associés seront affectés dans un établissement de santé, selon le cas, par le directeur général du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ou par le directeur général de l'ARS (article R6152-904 CSP). A noter que les praticiens associés pourront exercer leur activité dans plusieurs établissements, au sein des groupements hospitaliers de territoire (article R6152-905 CSP).

Les praticiens associés participeront au service de garde et d'astreinte des internes. Ils pourront également être appelés à collaborer à la continuité des soins, en appui et sous la responsabilité des personnels médicaux statutairement habilités à participer à la continuité des soins. Ils ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements (article R6152-608 CSP).

Le praticien associé percevra après service fait (articles R6152-912 et D6152-13 du code de la santé publique) des émoluments forfaitaires mensuels (selon le montant fixé par l'arrêté du 29 mars 2021), primes et indemnités.

Grâce à ce nouveau statut, ils verront leurs droits à congés, leur situation administrative et médicale alignés sur ceux des autres praticiens.

Les statuts d'assistants associés et de praticien attaché associé seront supprimés au 1er janvier 2023 et en attendant les 3 statuts coexisteront. Les praticiens qui n'auront pas achevé leur formation probatoire ou leur stage d'adaptation, le 31 décembre 2022, acquerront au 1er janvier 2023 la qualité de praticien associé. Ils en seront informés par le directeur général du CNG ou de l'ARS, qui procédera à leur affectation, en cette qualité, dans un établissement de santé.

A noter : au 1er janvier 2023, les établissements de santé seront dans l'obligation de mettre fin aux fonctions des praticiens relevant des situations suivantes :

- Tous les praticiens entrant dans le champ d'application du IV et du V de l'article 83 de la loi du 21 décembre 2006, à savoir ceux qui ont obtenu la PAE.
- Tous les praticiens qui, avant l'entrée en vigueur du décret n° 2021-365 du 29 mars 2021, ont entamé la formation probatoire imposée par les dispositions législatives antérieures à la loi du 24 juillet 2019 et qui, au 31 décembre 2022, ne bénéficient ni d'une autorisation d'exercice, ni des dispositions relatives à la formation probatoire ou au stage d'adaptation (article 3 du décret n° 2021-365).

S'il a l'avantage de clarifier un statut qui était jusqu'alors très confus, le décret du 29 mars 2021 ne répond toutefois pas à l'ensemble des revendications des médecins à diplôme étranger (notamment en ce qui concerne la grille de salaire), sur lesquels les hôpitaux, on le rappelle, ont beaucoup compté pendant les pics d'hospitalisation liés au Covid-19.

MANAGEMENT

L'autonomie à l'hôpital: et si l'inclination à secourir en était le principal frein ?

L'observation des sciences humaines de ces dernières décennies a montré que les principales sources de motivation au travail résidaient dans la capacité, en tant qu'employé, à agir sur le contenu de son travail, autrement dit dans son autonomie. Si nous pouvons nous accorder à le dire, rares sont les professionnels hospitaliers qui se déclarent autonomes dans leur activité. Pourquoi en est-on là ? Quels sont les freins à l'autonomie et avec quelles clefs la libérer ?

“Mûrir, c'est arrêter de se croire victime des circonstances“. Borja VILASECA, auteur du “Petit Prince au bureau“.

L'hôpital regroupe, pour la majeure partie, des professionnels soignants ou au service des malades, qui ont dédié leur vie professionnelle à secourir, apporter du réconfort, accompagner la maladie, la douleur, la détresse.

En Process Communication (modèle issu de l'analyse transactionnelle, développé par le Dr Taibi Kahler dans les années 1970), on dirait qu'une majorité de soignants a “une base empathique“ (harmonizer en anglais, qui crée de l'harmonie). Quand j'ai une base “harmonizer“, je perçois le monde avant tout par le filtre des émotions et des ressentis. Mes talents: apporter de la chaleur, de la compassion. J'ai aussi un radar qui me permet de détecter intuitivement quand quelque chose ne va pas, avec comme corollaire: le besoin de vérifier en permanence si l'autre me considère, une relation proche, authentique et attentive. Le risque: succomber aux excès de mon injonction interne, qu'on appelle un driver, qui me conduit inconsciemment à rectifier une situation qui ne le demande pas. Ce driver, qui porte le nom “fais plaisir“, peut me conforter dans la croyance que “si je te fais plaisir, je me fais plaisir“. Autrement dit que mon bonheur dépend de ma capacité à faire ce qu'il faut pour que l'autre m'aime, quitte à “en faire trop“, à me sur-adapter. “Vous êtes sûrs que vous n'avez besoin de rien ?“

Dans le prolongement de cette analyse, le Dr Steven Karpman a consacré une partie considérable de ses travaux à observer les jeux psychologiques conceptualisés par Eric Berne. Il les décrit avec la figure simple d'un triangle, dont les angles sont composés de 3 rôles : persécuteur , sauveur, victime.

“Lorsqu'une personne endosse le rôle de sauveur, elle confond le fait de proposer de l'aide avec celui de voler au secours des autres qui n'ont rien demandé“ (Manuel pratique du Karpman Process Model, Jérôme Lefeuve & Pierre Agnès). L'attitude, qui part a priori de l'intention louable d'offrir de l'aide, se traduit par de la complaisance. “Je ne demande qu'à t'aider, pourquoi ne me laisses-tu pas faire ?“ Pire, si la personne destinataire de l'offre la refuse “en envoyant bouler“ le sauveur (persécuteur), il n'est pas impossible que ce dernier réagisse en disant “ah ben ça m'apprendra à essayer d'aider, voilà comment on me remercie“ (victime), réalisant ainsi le “coup de théâtre dramatique“ propre aux jeux psychologiques, qui aboutit à un bénéfice négatif pour tous les belligérants.

Nous faisons l'hypothèse que la personne en position de soignant à l'hôpital ou en EHPAD, avec une base empathique, a de fortes chances de basculer dans des comportements de type sauveur, activant ainsi inconsciemment la croyance que “l'autre a besoin de mon aide, je n'ai pas d'autre choix que de la lui apporter“.

De manière plus générale, on observe souvent cette position du soignant qui peut se mettre au service du patient, le chouchouter, au risque parfois de faire à sa place et de

Dominique ANSOULD

Directrice des soins et coach professionnelle

Rémi DELEKTA

Directeur des ressources humaines et coach professionnel

négliger le besoin fondamental d'autonomie. Cette réflexion fait écho à la démarche de Yves Gineste et Rosette Marescotti, créateurs de la démarche Humanitude, qui vise à réhabiliter le résident dans sa capacité à faire tout ce qu'il peut faire lui-même, autrement dit à favoriser la subsidiarité.

LE PREMIER MAILLON D'UNE CHAÎNE DE DÉ-RESPONSABILISATION

Et comme dans tout système, il y a des chances qu'un schéma se reproduise dans d'autres composantes de ce système. Ainsi, nous pouvons observer que ce fonctionnement de sauvetage, par un excès de soin et d'attention apportés dans une prise en charge qui ne l'exige pas, se reproduit en escalade, par reflet systémique, à toutes les strates de l'échelle managériale.

Par exemple, il n'est pas rare qu'un cadre de santé (qui est lui-même un ancien soignant, comme l'exige le modèle de construction de la responsabilité managériale dans l'hôpital en France) reproduise ce fonctionnement à son niveau, en réalisant des actes à la place des soignants de son équipe, dans le but plus ou moins conscient de les préserver, de les "ménager".

Ainsi, on peut encore voir des cadres de santé recevoir les familles, gérer des commandes de matériel, voire accompagner le médecin dans sa visite médicale - autant de missions que les infirmiers, aides-soignants, intendants, peuvent assumer. Le fait de laisser la responsabilité du planning à un soignant de l'équipe est même encore souvent perçu comme une délégation excessive, ou pire - comme le fait de "ne pas faire son travail". Et du coup, par ricochet systémique, on peut voir un cadre supérieur de pôle assurer le recrutement et l'intégration des professionnels, gérer la suppléance, animer des projets pour le service - autant de missions qui relèvent du cadre de santé... et ce glissement peut se poursuivre indéfiniment, dans un mouvement qu'on pourrait qualifier de "délégation inversée", ou de "délégation vers le haut", en sens contraire de l'autonomie et la subsidiarité.

Le fait de faire reposer sur l'échelon supérieur toute prise de décision, à l'excès, peut conduire à un mouvement de déresponsabilisation générale. Partant, la prise de décision s'en trouve alourdie, plus longue, moins visible. Rien ne se fait et la cause invoquée pour le justifier se retrouve systématiquement sur l'échelon supérieur. Oserions-nous dire que cela puisse expliquer en partie qu'on finisse par retrouver à l'ordre du jour d'un CHSCT: "où en est-on de la commande du balai de cantonnier ?" (cette anecdote étant bien entendu réelle, ce qui constitue d'ailleurs son principal intérêt !)

Le phénomène s'auto-alimentant, cela peut conduire à une lassitude du professionnel hospitalier qui finit par penser que "rien n'est possible", que tout est compliqué. A force d'être dans la sensation de ne rien pouvoir accomplir à son échelon de décision, le risque immédiat est de ne plus rien accomplir du tout ou bien, d'accomplir ce qui relève de l'échelon inférieur. La zone de confort se déplace ainsi d'un cran vers le bas. Et bien entendu, c'est un frein au développement des compétences, l'un des trois leviers de la motivation.

On peut même observer un comportement contre-intuitif du manager engoncé dans des missions qui relèvent de l'échelon inférieur, qui s'en plaint abondamment mais résiste très fort lorsqu'on l'invite à lâcher ces missions. Peut-être pas à cause du syndrome du sauveur, peut-être par l'angoisse d'assumer son niveau de responsabilité, par peur de l'incompétence. En tout cas par manque d'autonomie, manque de puissance. Voilà un exemple typique de ce que le coaching individuel peut aider à accomplir comme objectif: se donner la permission de réaliser des missions en dehors de sa zone de confort. Et un autre objectif, moins intuitif: celui de se rendre "dispensable". Lorsque l'organisation peut se passer de moi, cela représente un stade avancé de maturité et d'autonomie. C'est aussi un gage de sécurité et de durabilité de l'organisation. Si je concentre sur ma seule personne la maîtrise de tâches indispensables à l'organisation et que je ne permets pas à mon équipe d'acquérir cette maîtrise par elle-même, c'est un cadeau empoisonné que

j'apporte à l'organisation qui m'emploie. Au contraire, je réalise pleinement mes missions de manager en acceptant de me rendre dispensable, en faisant en sorte que l'organisation puisse subsister ou se remettre facilement de mon absence ou mon départ.

QUEL REMÈDE À CES MAUX ? COMMENT S'ACCULTURER EN COMMUN À UNE RECHERCHE D'AUTONOMIE ?

Cela commence par décrire cet objectif d'autonomie dans la politique institutionnelle (projet d'établissement, projet managérial).

Développer des outils au service de l'autonomie. Ex: la méthode Gineste-Marescotti, à étendre au-delà des secteurs d'EHPAD.

Développer le coaching individuel et le coaching d'équipe. Quel meilleur processus que le coaching, dont le but premier est justement de mettre le coaché (ou l'équipe coachée) dans une position d'autonomie, afin de l'amener à identifier ses blocages et trouver ses propres solutions ?

Pour les managers: oser la confiance. Donner la main aux équipes pour concevoir les plannings, proposer des organisations de service. Permettre aux professionnels de participer à leur propre organisation, d'être co-constructeurs du fonctionnement de leur équipe, dans un esprit de subsidiarité; n'est-ce pas là la définition même de la qualité de vie au travail ?

Créer des espaces de dialogue fréquents pour l'équipe. Combien de cadres s'interdisent d'organiser des réunions de service, par crainte de s'exposer à la controverse, ou « parce qu'on n'a pas le temps », qu'il y a toujours plus urgent ? Et quand il y a des réunions, combien sont structurées autour d'un ordre du jour généreux en points d'information, avec peu de place à la régulation d'équipe ? Et si on prenait le contre-pied, en laissant les professionnels de l'équipe construire eux-mêmes l'ordre du jour ? Ou encore au-delà: et si on osait les réunions sans ordre du jour ? Nous formulons l'hypothèse que c'est dans une parole libre, avec une permission donnée et formalisée du manager, que les échanges seront les plus féconds. Combien sont ceux qui s'accordent à dire que les difficultés majeures sont liées au manque de communication, et qui ne permettent pas de créer les moments de communication et de régulation ?

Analyse de pratique entre pairs. Qu'avons-nous vraiment besoin de faire, qu'est-ce qui est de notre ressort ou de celui de nos patients, nos collaborateurs ? De quelle manière pourrions-nous le modifier ?

Saisir les opportunités offertes par la loi de transformation, qui porte en elle des germes de réappropriation de leur destin: lignes directrices de gestion, accords négociés, intéressement collectif... l'occasion pour les établissements de réinjecter de l'autonomie dans la conduite managériale. Par exemple : l'entretien professionnel, qui prend une importance majuscule car du compte rendu de l'entretien dépendent la prime de service (puis le régime indemnitaire qui la remplacera), les avancements de grade, la possibilité d'accéder à un changement de métier... Un contexte qui favorise, pour le professionnel évalué, son implication dans sa propre évaluation. Et si le professionnel évalué rédigeait lui-même sa propre auto-évaluation ? Qu'il prenait le temps de valoriser lui-même son évolution professionnelle, de quelle manière il a développé ses savoirs et ses savoir-faire, de mettre en avant ses difficultés et des propositions d'objectifs pour les dépasser ? Et quel gain de temps et de satisfaction professionnelle pour le n+1 de faire émerger enfin une co-construction de l'évaluation ?

Mettre en œuvre une politique de santé au travail favorisant l'autonomie du professionnel. Un reclassement réussi est rarement le résultat d'une décision unilatérale de l'employeur. Au contraire, c'est lorsque le professionnel est acteur de sa réinsertion professionnelle qu'il/elle peut s'épanouir dans un nouveau métier, l'employeur étant dans un rôle d'accompagnement, et non dans celui qui fait à sa place. On peut aussi

questionner le recours parfois abusif au temps partiel thérapeutique ou aux prolongations d'arrêt maladie pour ceux qui souffrent d'une dépression, avec l'idée parfois en trompe-l'œil que l'on préserve le professionnel en le maintenant à l'écart de son lieu de travail.

CONCLUSION

L'écueil à éviter est de se prémunir du syndrome du sauveur, qui est un obstacle majeur à l'autonomie. Dans une position managériale, aussi longtemps que je fais à la place de, j'empêche la possibilité à mes équipes de développer leur savoir-faire. Dans un métier d'accompagnement, la tentation du sauveur peut nuire à la démarche qui, par essence, est de conduire le patient ou la personne accompagnée à l'autonomie.

Comme l'écrit Daniel PINK (« La vérité sur ce qui nous motive », Flammarion) , l'a carotte et le bâton sont définitivement dépassés, les sources de motivation durables se situent dans l'autonomie, le sens et la capacité de se développer. Travailler sur l'autonomie et la subsidiarité, c'est travailler aussi sur la motivation et la performance de l'organisation.

Le chemin n'est pas aisé. Le psychiatre américain Irvin Yalom montre à quel point la liberté et son corollaire, la responsabilité, sont anxiogènes. Dès lors, il peut être tentant de se réfugier dans l'attitude infantile "c'est pas moi, c'est l'autre". ("Thérapie existentielle", Irvin Yalom, 1980). Ainsi la pensée systémique qui nous invite à nous remettre en situation de responsabilité peut ne pas aller de soi. Mais c'est un pari à prendre pour revitaliser les professionnels hospitaliers et sortir du syndrome du sauveur, qui aspire les ressources ô combien nécessaires pour l'exercice hospitalier.

ARRÊT DE TRAVAIL

La position de congé sans traitement pour absence injustifiée après contrôle médical

Lorsqu'un contrôle médical fait apparaître que l'état de santé de l'agent ne justifie pas son arrêt de travail, l'Administration peut en tirer les conséquences, mais seulement pour l'avenir, et plus précisément à partir du moment où elle aura rejeté le congé de maladie ou enjoint à l'agent de reprendre son service.

CAA Nantes, 5 février 2021,
n°19NT01642

« 1. M. F..., qui exerce les fonctions d'aide-soignant au centre hospitalier universitaire d'Angers, a été placé en position de congé de maladie ordinaire du 3 août au 4 octobre 2015. Mandaté par le centre hospitalier universitaire, un médecin conseil a, le 30 septembre 2015, estimé que l'état de santé de l'intéressé ne justifiait pas que ce dernier ait été, à compter du 3 août 2015, placé en arrêt de travail. Le 1er octobre 2015, le requérant a été mis en demeure de reprendre ses fonctions à compter du 5 octobre 2015. Par une décision du 9 octobre 2015, le directeur du centre hospitalier universitaire d'Angers a placé M. F... en congé sans traitement du 3 août au 4 octobre 2015 pour absence injustifiée. Ce dernier a demandé au tribunal administratif de Nantes d'annuler cette décision ainsi que celle du 4 décembre 2015 rejetant le recours administratif formé contre cette décision. (...)

4. (...) Ces dispositions [art. 41 de la loi du 9 janvier 1986 ; art. 15 du décret du 19 avril 1988] ont pour objet de permettre à l'administration, lors d'une demande initiale de congé de maladie ou à chaque renouvellement, de vérifier, pour l'avenir, le

bien-fondé de celle-ci en faisant procéder à une contre-expertise suivie, le cas échéant, d'une saisine du comité médical. L'agent intéressé, placé de plein droit en congé de maladie dès la demande qu'il a formulée sur le fondement d'un certificat médical, demeure en situation régulière tant que l'administration n'a pas expressément rejeté sa demande de congé de maladie ou n'a pas enjoint à l'agent de reprendre ses fonctions.

5. Sur la base d'un arrêt de travail qu'il a transmis à son employeur, M. F... a été placé en congé pour maladie à compter du 3 août et jusqu'au 4 octobre 2015. En application des dispositions précitées, il a fait l'objet d'une contre-visite d'un médecin agréé mandaté par le centre hospitalier universitaire qui a estimé, par un certificat médical du 30 septembre 2015, que l'état de santé de l'intéressé ne justifiait pas cet arrêt de travail. Si cet avis était de nature à ouvrir la possibilité d'une saisine du comité médical ou à faire obstacle à une prolongation de l'arrêt maladie postérieurement au 4 octobre 2015, il ne pouvait pas permettre à l'employeur de remettre d'office en cause la position de congé de maladie dans laquelle M. F... avait été placé de plein droit à compter du 3 août 2015 et qui restait valide jusqu'à la date d'effet de l'injonction qui avait été adressée à celui-ci de reprendre son travail le 5 octobre 2015. Dans ces conditions, en estimant que la position de M. F... du 3 août au 4 octobre 2015 devait être requalifiée en congé sans traitement et en demandant à son agent le reversement des rémunérations perçues durant cette période, le centre hospitalier universitaire d'Angers a méconnu les dispositions rappelées ci-dessus. La décision du 6 avril 2016 doit donc, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de la requête, être annulée pour ce motif.

Sur les conclusions à fin d'injonction et les conclusions indemnitaires :

6. En premier lieu, eu égard à ce qui vient d'être dit, M. F... est fondé à demander que

Pauline de FAY

Avocat au Barreau de Paris
Cabinet Bardon & de Fay

le centre hospitalier universitaire d'Angers procède à la reconstitution de sa carrière au titre de la période du 3 août au 4 octobre 2015 et lui verse la rémunération à laquelle il pouvait prétendre s'il n'avait pas été placé en position de congé sans traitement s'élevant à la somme de 2 349,98 euros correspondant au montant mis à sa charge par l'avis de sommes à payer du 21 octobre 2015.

7. En second lieu, si le requérant ne justifie pas, par les pièces qu'il produit, du préjudice financier qui serait en lien direct et certain avec la faute commise par le centre hospitalier universitaire d'Angers, il résulte néanmoins de l'instruction que la mesure de placement en congé sans traitement a été pour M. F... à l'origine d'un préjudice moral et de troubles dans ses conditions d'existence dont les premiers juges ont, en l'espèce, fait une juste appréciation en mettant à la charge du centre hospitalier universitaire le versement de la somme de 200 euros. »

Tout fonctionnaire en arrêt maladie doit être en mesure de justifier son absence par un certificat médical, dont l'Administration peut vérifier le bien-fondé en procédant au contrôle de l'intéressé, auquel ce dernier ne peut se soustraire délibérément (CE, 26 juillet 2018, n°412337).

La radiation des cadres pour abandon de poste serait à l'évidence illégale si elle intervenait sans que l'Administration n'ait au préalable procédé à un tel contrôle (CAA Lyon, 18 octobre 2016, n°14LY02880).

Mais, même en cas de contrôle concluant à l'aptitude de l'agent à reprendre ses fonctions, l'Administration ne peut en tirer aucune conséquence automatique. Elle est en effet tenue de mettre en demeure l'agent de reprendre ses fonctions, en respectant un formalisme précis (CAA Nantes, 19 juillet 2019, n°18NT00116).

Si l'agent justifie alors d'une situation médicale nouvelle (CAA Marseille, 16 octobre 2018, n°17MA01281), l'arrêt maladie est de nouveau validé et la

procédure s'arrête.

Ce n'est donc que si l'intéressé refuse de se conformer à la mise en demeure sans apporter aucune justification ou sans produire des éléments médicaux révélant une situation nouvelle que l'Administration pourra en tirer les conséquences. Cependant, ces conséquences ne peuvent concerner que l'avenir. C'est ce que rappelle l'arrêt cité ci-avant.

En effet, si l'Administration peut engager une procédure d'abandon de poste (CAA Marseille, 31 mai 2016, n°15MA01423), elle n'a pas le droit de considérer comme irrégulière la période d'arrêt maladie qui précède l'injonction faite à l'agent de reprendre ses fonctions.

Il serait donc illégal de requalifier cette période en congé sans traitement et de demander à l'agent le reversement des rémunérations perçues. Non seulement l'agent serait légitime à demander l'annulation de cette requalification, la restitution de sa carrière, mais aussi la réparation de son préjudice financier (s'il parvient à en démontrer l'existence) et de son préjudice moral (lequel n'ouvre droit qu'à une réparation modeste).

STAGIAIRE

Prorogation de stage et refus de titularisation

Cet arrêt permet de faire le point sur la situation du stagiaire qui n'est pas titularisé après que son stage a été prolongé à plusieurs titres.

**CAA Paris, 30 mars 2021,
n°19PA01643**

« 1. 1. Mme E... a été recrutée par l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris le 19 décembre 2011, en qualité d'aide-soignante non titulaire (...). À compter du 1er janvier 2013, elle est nommée stagiaire dans le corps des aides-soignants de la fonction publique hospitalière. Placée en congé de longue maladie du 11 octobre 2013 au 22 décembre 2014, elle a repris son service en qualité de stagiaire le 23 décembre 2014. Par un arrêté du 30 mars 2015, Mme E... a été autorisée à effectuer un stage complémentaire de six mois à l'issue de la période initiale de stage d'une durée d'un an. Par un arrêté du 24 novembre 2015, le directeur général de l'AP-HP a mis fin à son stage à compter du 3 février 2016. (...) La requérante a demandé au tribunal administratif de Melun d'annuler les arrêtés (...), d'enjoindre à l'AP-HP de la réintégrer et de la titulariser dans le corps des aides-soignants de la fonction publique hospitalière (...)

4. D'une part, il résulte des dispositions précitées [art. 37 de la loi du 9 janvier 1986 ; art. 7 du décret du 12 mai 1997 fixant les dispositions communes applicables aux agents stagiaires de la FPH et art. 8 du décret du 3 août 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignants] que l'absence de décision prise par l'administration à l'issue de la période de stage d'un agent, ou à l'issue de la période de stage

complémentaire qu'il a, le cas échéant, été autorisé à effectuer, ne saurait avoir pour effet de faire bénéficier à l'intéressé d'une décision tacite de titularisation. Mme E..., nommée stagiaire dans le corps des aides-soignants à compter du 1er janvier 2013, a donc conservé cette qualité jusqu'au 24 novembre 2015, date à laquelle le directeur général de l'AP-HP a mis fin à son stage à compter du 3 février 2016. Cette décision, intervenue après une prorogation de stage en raison d'une absence pour raison médicale puis après la réalisation d'une période de stage complémentaire de six mois, est ainsi intervenue à l'issue du stage et non dans le cours de celui-ci. L'arrêté du 24 novembre 2015, qui n'a pas davantage eu pour objet ou pour effet de prolonger la durée du stage de Mme E..., est par ailleurs fondé sur les insuffisances professionnelles de la requérante et ne revêt pas de caractère disciplinaire ; de ce fait, il n'entre dans aucune des catégories de décisions qui doivent être motivées, notamment en application de l'article L. 211-2 du code des relations entre le public et l'administration, ou qui doivent donner lieu à un entretien préalable. Par suite, les moyens tirés d'un défaut de motivation de l'arrêté du 24 novembre 2015 mettant fin au stage de l'intéressée et du non-respect des droits de la défense ne peuvent qu'être écartés. (...)

5. D'autre part, il ressort des pièces du dossier que le directeur général de l'AP-HP a décidé de ne pas titulariser Mme E... en raison de ses insuffisances professionnelles, caractérisées par des connaissances théoriques insuffisantes, la mise en oeuvre d'actes de soin inappropriés, des problèmes de communication avec ses collègues, une ponctualité irrégulière, un manque d'investissement et une difficulté à accepter les remarques pouvant lui permettre de progresser. Contrairement à ce qu'elle soutient, sa hiérarchie lui a fait part de ces éléments à plusieurs reprises pour lui permettre d'améliorer son travail, au cours du stage puis au cours de la

période complémentaire de stage dont elle a bénéficié. (...) Dans ces conditions, le directeur général de l'AP-HP, qui ne s'est pas fondé sur des faits matériellement inexacts, n'a pas, au vu de l'ensemble de ces circonstances, commis d'erreur manifeste dans l'appréciation de la manière de servir de l'intéressée.

6. Il résulte de tout ce qui précède que Mme E... n'est pas fondée à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Melun a rejeté sa demande tendant à l'annulation des arrêtés par lesquels le directeur général de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris a mis fin à son stage en qualité d'aide-soignante ainsi que ses conclusions à fin d'injonction tendant à sa réintégration et à sa titularisation au sein de la fonction publique hospitalière. »

Dans la fonction publique hospitalière, la durée normale du stage est en principe fixée à un an. Elle peut cependant être prolongée dans diverses circonstances.

Tout d'abord, les congés de maladie, de maternité et d'adoption ne sont pas pris en compte dans les périodes de stage. En conséquence, en cas de maladie, il convient de prolonger d'une durée équivalente à la durée totale des arrêts maladie, sans d'ailleurs que la limitation au 10ème de la durée du stage puisse y faire obstacle (CAA Douai, 29 mai 2012, n°11DA01103).

Ensuite, sauf disposition contraire du statut particulier dont relève le stagiaire, le stage peut encore être prolongé pour une durée n'excédant pas celle du stage normal. Pour les aides-soignants, l'article 8 du décret du 3 août 2007 prévoit que les candidats peuvent être autorisés à effectuer un stage complémentaire d'une durée maximale d'un an.

En l'espèce, la durée du stage avait été prolongée à deux reprises : d'abord de 14 mois (durée des arrêts maladie) puis de 6 mois (l'agent n'ayant pas donné satisfaction pendant la période initiale). Après ces prolongations, l'Administration avait mis fin au stage de l'agent, sans toutefois refuser expressément de le titulariser.

Cependant, il est acquis que la titularisation ne peut résulter que d'une

décision formelle, de sorte qu'il ne pouvait être considéré que l'agent avait été implicitement titularisé (CE, 29 juillet 1981, n°49641).

De plus, si la décision de mettre fin au stage intervient à l'issue de celui-ci et au regard de l'insuffisance professionnelle de l'agent, celui-ci n'avait droit ni à ce que la décision soit motivée, ni à un entretien préalable, ni encore à la communication de son dossier (CE, 3 décembre 2003, n°236485).

Il n'en va différemment que si le motif est, au moins en partie, disciplinaire. Le Conseil d'Etat juge en effet que « L'autorité compétente ne peut donc prendre légalement une décision de refus de titularisation, qui n'est soumise qu'aux formes et procédures expressément prévues par les lois et règlements, que si les faits qu'elle retient caractérisent des insuffisances dans l'exercice des fonctions et la manière de servir de l'intéressé. Cependant, la circonstance que tout ou partie de tels faits seraient également susceptibles de caractériser des fautes disciplinaires ne fait pas obstacle à ce que l'autorité compétente prenne légalement une décision de refus de titularisation, pourvu que l'intéressé ait alors été mis à même de faire valoir ses observations » (CE, 24 février 2020, n°421291, aux Tables).

En l'espèce, la CAA de Paris a considéré que la décision attaquée résultait uniquement d'insuffisances professionnelles, quand bien même l'agent avait montré certaines difficultés comportementales dont il aurait été possible de considérer qu'elles étaient également susceptibles de caractériser des fautes disciplinaires (notamment des problèmes de communication avec ses collègues, et une ponctualité irrégulière). Cette appréciation souple de la Cour a sauvé la procédure, puisque la décision n'avait dès lors ni à être motivée, ni à être précédée d'un entretien. En outre, sur le fond, la Cour relève que l'agent n'avait pas amélioré son service alors même que l'Administration lui a fait part à plusieurs reprises de ses insuffisances professionnelles.

La décision de mettre fin au stage (et donc de ne pas titulariser l'agent) est ainsi validée.



GOUVERNANCE

Ordonnance n° 2021-702 du 2 juin 2021 portant réforme de l'encadrement supérieur de la fonction publique de l'Etat ; rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2021-702 du 2 juin 2021 portant réforme de l'encadrement supérieur de la fonction publique de l'Etat

Prise sur le fondement de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, et dans le prolongement de l'ordonnance du 3 mars 2021 favorisant l'égalité des chances pour l'accès à certaines écoles de service public, la présente ordonnance pose le cadre de cette transformation en matière de formation et de déroulement des parcours de carrière. Les parcours de carrière doivent être repensés et dynamisés, en répondant à trois principes simples : la prise de risque doit être valorisée dans le cadre du statut de la fonction publique qui garantit aux agents publics des droits mais impose également obligations et devoirs ; la diversité des expériences acquises constituera la principale condition d'accès aux fonctions supérieures. Les missions opérationnelles seront privilégiées pour les premiers emplois plutôt que les fonctions juridictionnelles, de contrôle ou d'inspection ; enfin, la qualité des pratiques professionnelles, qui sera régulièrement évaluée au-delà des exercices hiérarchiques annuels, doit être le principal élément d'appréciation permettant aux employeurs de confier des responsabilités et de nommer aux emplois de direction de l'Etat. Ainsi, une refonte des parcours de carrière des cadres supérieurs impose de mettre en place une véritable gestion des ressources humaines, plus stratégique et davantage individualisée. L'ordonnance sera complétée d'ici la fin de l'année par des dispositions réglementaires.

Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

Le décret accompagne la nouvelle dynamique d'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en définissant les règles de fonctionnement et les compétences de la commission médicale de groupement et de son président et en modifiant en conséquence celles des commissions médicales d'établissement. Le décret prévoit également les compétences respectives des établissements support de GHT et des établissements parties s'agissant de la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales. Il modifie les conditions dans lesquelles sont prises les décisions dans ces mêmes établissements en renforçant la part prise par les instances médicales des GHT et des établissements publics de santé. Il prévoit enfin la tenue des élections permettant la désignation des membres et l'institution des commissions médicales de groupement au 1er janvier 2022.⁽¹⁾

Décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement

Le décret définit les compétences des présidents des commissions médicales des groupements hospitaliers de territoire et prévoit les moyens dont ils disposent pour exercer leurs prérogatives. Il procède aux modifications de même nature s'agissant des présidents de commissions médicales des établissements publics de santé. En particulier, le président présente annuellement à la commission médicale de groupement son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre. Il présente un bilan de la mise en œuvre du projet médical partagé au comité stratégique.

RECRUTEMENT

Arrêté du 25 mai 2021 fixant le nombre de postes offerts au concours d'internat de médecine à titre européen pour les médecins français, andorrans, suisses ou ressortissants de l'un

Fabrice DION
Directeur d'hôpital

(1) Lire aussi "Les mesures réglementaires visant à renforcer l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire dans le domaine financier" par Jean-Claude DELNATTE, *Finances Hospitalières* n°159 Juillet-août 2021.

des Etats membres de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen au titre de l'année universitaire 2021-2022

Le nombre de postes offerts au concours d'internat de médecine à titre européen au titre de l'année universitaire 2021-2022 est de 27, selon une répartition fixée en annexe de l'arrêté.

Arrêté du 25 mai 2021 fixant le nombre de postes offerts au concours d'internat en médecine à titre étranger au titre de l'année universitaire 2021-2022

Le nombre de postes offerts au concours d'internat en médecine à titre étranger au titre de l'année universitaire 2021-2022 est de 11, selon la répartition annexée à l'arrêté.

RÉMUNÉRATION

Décret n° 2021-740 du 8 juin 2021 relatif au versement d'une prime temporaire de revalorisation à certains personnels relevant de la fonction publique hospitalière ; arrêté du 8 juin 2021 fixant le montant de la prime temporaire de revalorisation applicable à certains personnels relevant de la fonction publique hospitalière

Le décret instaure pour certains agents de la fonction publique hospitalière une prime temporaire de revalorisation dont le montant est équivalent au complément de traitement instauré par le décret n°2020-1152 du 19 septembre 2020 relatif au versement d'un complément de traitement indiciaire à certains agents publics. Les personnels concernés sont les agents publics titulaires et contractuels de la fonction publique hospitalière exerçant au sein des services et établissements sociaux et médico-sociaux rattachés aux établissements publics de santé ou aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des groupements de coopération sociale et médico-sociale comprenant au moins un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, et de certains groupements d'intérêt public

à vocation sanitaire. Toutefois, si le dispositif est identique au décret précité du 19 septembre 2020 (en montant et en modalités), il ne s'applique qu'aux rémunérations versées au titre des mois de juin à décembre 2021. Le montant de la prime temporaire de revalorisation est fixé à 49 points d'indices majorés pour une période de 6 mois.

CARRIÈRE

Ordonnance n° 2021-658 du 26 mai 2021 renforçant la formation de certains agents publics afin de favoriser leur évolution professionnelle

Cette ordonnance est prise sur le fondement du 3° de l'article 59 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 par lequel le Parlement a autorisé le Gouvernement à prendre toutes mesures relevant du domaine de la loi visant à « *renforcer la formation des agents les moins qualifiés, des agents en situation de handicap ainsi que des agents les plus exposés aux risques d'usure professionnelle afin de favoriser leur évolution professionnelle* ».

Le fonctionnaire qui appartient à un corps ou à un cadre d'emplois de catégorie C et qui n'a pas atteint un niveau de formation sanctionné par un diplôme ou titre professionnel correspondant à un niveau prévu par voie réglementaire, ainsi que le fonctionnaire pour lequel il est constaté, après avis du médecin du travail compétent, qu'il est particulièrement exposé, compte tenu de sa situation professionnelle individuelle, à un risque d'usure professionnelle : 1° dispose d'un accès prioritaire à des actions de formation et à l'accompagnement personnalisé prévus à l'article 22 de la présente loi ; 2° bénéficie, lorsque lui est accordé un congé de formation professionnelle, d'une majoration de la durée de ce congé et de la rémunération qui lui est attachée ; 3° peut bénéficier, lorsqu'il sollicite un congé pour validation des acquis de l'expérience ou un congé pour bilan de compétences, de conditions d'accès et d'une durée de congé adaptés ; 4° peut bénéficier, en cas de nécessité d'exercer un nouveau métier constatée d'un commun accord avec l'administration, la collectivité ou l'établissement qui l'emploie, d'un congé

de transition professionnelle d'une durée maximale d'un an lui permettant de suivre les actions de formation longue nécessaires à l'exercice d'un nouveau métier auprès d'une des administrations, collectivités et établissements publics mentionnés à l'article 2 ou dans le secteur privé. Des mesures réglementaires devraient être prises sur le fondement de ces dispositions.

Décret n° 2021-612 du 18 mai 2021 instituant une période de préparation au reclassement au profit des fonctionnaires hospitaliers

Le décret fixe, pour les fonctionnaires hospitaliers, les modalités de mise en œuvre de la période de préparation au reclassement. Il détermine le point de départ de la période de préparation au reclassement. Il précise les objectifs de la période de préparation au reclassement et en détermine le contenu. Il fixe les modalités de déroulement de la période et rappelle la situation de l'agent durant cette période. La période de préparation au reclassement a pour objet de préparer et, le cas échéant, de qualifier son bénéficiaire à l'occupation de nouveaux emplois compatibles avec son état de santé, s'il y a lieu en dehors de son établissement. Elle vise à accompagner la transition professionnelle du fonctionnaire vers le reclassement. La période de préparation au reclassement peut comporter, dans l'établissement de l'agent ou dans toute administration des périodes de formation, d'observation et de mise en situation sur un ou plusieurs postes. Les modalités d'accueil de l'agent lorsque ces périodes se déroulent en dehors de son établissement font l'objet d'une convention tripartite conclue entre cet établissement, l'administration ou l'établissement d'accueil et l'intéressé. Pendant la période de préparation au reclassement, le fonctionnaire est en position d'activité dans son corps d'origine et perçoit le traitement correspondant ainsi que l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement et le complément de traitement indiciaire mentionné au I de

l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

DIALOGUE SOCIAL

Ordonnance n° 2021-174 du 17 février 2021 relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique ; rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2021-174 du 17 février 2021 relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique

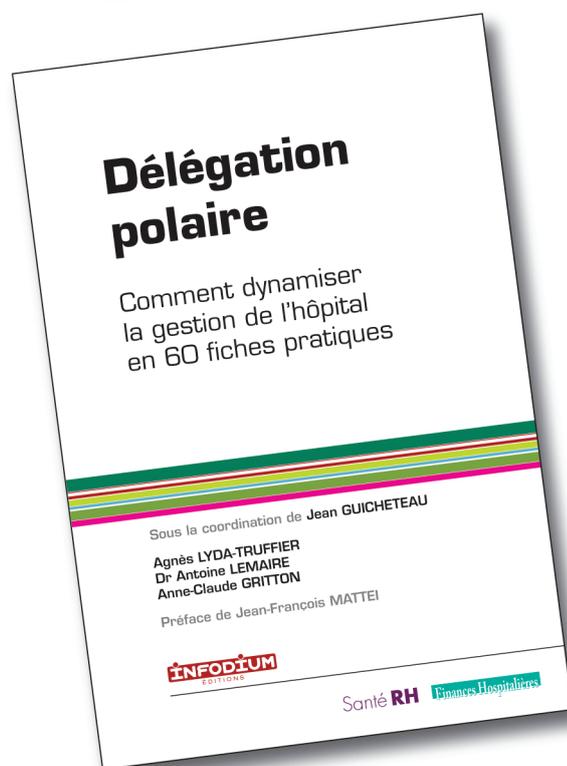
L'ordonnance a pour objectif de promouvoir un dialogue social de qualité et de proximité en donnant les moyens aux acteurs de terrain de trouver les solutions collectives les plus adaptées aux enjeux des territoires et des services publics. Elle apporte ainsi plusieurs innovations majeures visant à encourager la négociation d'accords collectifs dans les trois versants de la fonction publique, une pratique insuffisamment développée dans les collectivités publiques. Aux termes de cet ordonnance le Gouvernement peut prendre toutes dispositions relevant du domaine de la loi afin de « favoriser, aux niveaux national et local, la conclusion d'accords négociés dans l'ensemble de la fonction publique, en : - définissant les autorités compétentes pour négocier et les domaines de négociation ; - fixant les modalités d'articulation entre les différents niveaux de négociation ainsi que les conditions dans lesquelles des accords locaux peuvent être conclus en l'absence d'accords nationaux ; - définissant les cas et conditions dans lesquels les accords majoritaires disposent d'une portée ou d'effets juridiques et, le cas échéant, en précisant les modalités d'appréciation du caractère majoritaire des accords, leurs conditions de conclusion et de résiliation et en déterminant les modalités d'approbation qui permettent de leur conférer un effet juridique. » Des mesures législatives devraient donc découler des dispositions de cette ordonnance.

Délégation polaire

Comment dynamiser la gestion de l'hôpital en 60 fiches pratiques

- Un guide pratique qui traite de tous les aspects d'une gestion véritablement déléguée et médicalisée
- Des fiches techniques classées par grands thèmes
 - principes et modalités de la délégation
 - ressources humaines - affaires médicales
 - qualité - finances - investissements.
- Un livre opérationnel : retours d'expérience, outils pratiques, exemples et documents types

Sous la coordination de **Jean GUICHETEAU**
Dr Antoine LEMAIRE, Agnès LYDA-TRUFFIER,
Anne-Claude GRITTON
 Préface de **Jean-François MATTEI**



INFODIUM
ÉDITIONS

www.infodium.fr

BON DE COMMANDE

A retourner à Infodium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60



	HT	TTC
<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « <i>Délégation polaire</i> » Comment dynamiser la gestion de l'hôpital en 60 fiches pratiques, 300 pages. (ISBN 978-2-9559203-3-6) TVA : 5,5 %	61,61	65,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	5,00	6,00
Total		

Mme, Mlle, M.

Nom : Prénom :

Établissement :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Cachet / Signature

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'**INFODIUM**.

Je recevrai une facture justificative.

A réception de facture (avec RIB)

INFODIUM
ÉDITIONS

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

L'ordre des infirmiers

Cour des Comptes, 30 mars 2021

Créé en 2006, l'ordre des infirmiers a subi son premier contrôle. Organisme privé en charge d'une mission de service public (s'assurer de la déontologie, diffuser les bonnes pratiques, diffuser les politiques publiques, missions disciplinaires et juridictionnelles), l'ordre infirmier est d'affiliation obligatoire. A ce jour, il regroupe la moitié des 722 000 infirmiers en exercice et jouit d'un budget de 15 M€ environ, assis sur les cotisations des membres.

La cour a noté de grandes difficultés de fonctionnement, liées à la grave crise institutionnelle et financière qu'il a traversée, obérant l'inscription au tableau de tous les infirmiers en exercice et a entravé l'exercice de missions juridictionnelles.

La question du rattachement des professionnels salariés a été tranchée péniblement, portant atteinte à la légitimité de l'ordre, et réduisant mécaniquement les adhésions, donc les ressources. L'ordre s'est trouvé en cessation de paiement en 2011, ne recouvrant d'équilibre puis de marge de manœuvre qu'en 2018, grâce à l'augmentation des cotisations et à la réduction des charges (notamment des indemnités versées aux élus). Les libéraux sont massivement inscrits (96%) tandis que les salariés le sont faiblement (31%) et les structures employeuses sont peu enclines à les y inviter alors même que c'est une condition d'exercice. Les ARS devront donc fermement rappeler aux établissements l'obligation de transmission trimestrielle des listes d'inscrits. Ces carences d'inscription empêchent de bien tracer les situations à risque, notamment sur le plan de la déontologie ou des modalités d'exercice, et obèrent un pilotage solide des effectifs.

Sur le plan des attributions juridictionnelles également, l'incomplétude de l'inscription est problématique ; pour 2018 on note 839 signalements, suivis de 698 plaintes et 283 transmissions – nonobstant les procédures diligentées de manière autonome par les établissements. La traçabilité des plaintes, le délai de traitement, laissent à désirer et le dispositif ne permet pas de bloquer l'exercice d'un infirmier indélicat.

La cour a émis quelques recommandations :

- Renforcement du contrôle des ARS sur la transmission des listes par les établissements.
- Tracer les cumuls d'activité illégaux.
- Transmettre les sanctions prononcées par les établissements.
- Clarifier les procédures de réclamation et de plaintes.

Le rôle du cadre de santé dans la perte et la (re)construction de sens au travail à l'hôpital. Une étude exploratoire par entretiens semi-directifs auprès du personnel soignant.

Virginie Moisson, Jérôme Gardody. **RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise n° 42 2021/1, vol. 10. p. 49-68.**

« Cet article présente les résultats d'une étude qualitative exploratoire menée auprès d'infirmières confrontées à une construction/perde de sens au travail ainsi que le rôle que peut potentiellement jouer le cadre de santé dans cette relation. L'étude porte ainsi sur le management du sens au travail dans le contexte spécifique des établissements de santé. Il s'agit de répondre à la question de recherche : comment construire ou reconstruire le sens au travail dans les établissements de santé ? Une analyse de contenu des données recueillies à partir de 19 entretiens semi-directifs est réalisée et met en exergue les déterminants de ce qui fait sens et de ce qui nourrit la perte de sens pour le personnel soignant questionné. Il apparaît que les quatre dimensions du modèle SLAC (Sens/Lien/Activité/Confort) développé par Abord de Châtillon et Richard (2015) sont retrouvées dans les propos recueillis. En effet, au regard de nos résultats empiriques 3 dimensions (Lien, Activité et Confort) semblent constituer des facteurs de la construction de sens et des leviers pour sa reconstruction par les cadres de santé ». Ce questionnaire, intervenu suite à la crise sanitaire, interroge sur la manière dont elle a pu modifier la motivation profonde des soignants.

Les Agences régionales de santé (ARS)

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Depuis janvier 2021, la MECSS conduit une étude sur « Les Agences régionales de santé (ARS) ». Dans le contexte particulier de la crise sanitaire, cette étude vise à faire le bilan des ARS dix ans après leur création par la loi dite « HPST ».

Dans ce cadre, les rapporteurs ont souhaité auditionner l'ensemble des directeurs généraux d'ARS et les syndicats des agents travaillant au sein de ces agences, mais également les acteurs travaillant au quotidien au contact des ARS, au premier rang desquels les professionnels de santé libéraux, les représentants des établissements sanitaires et médico-sociaux (fédérations, directeurs, présidents de commission médicale d'établissement), et les représentants des patients. L'objectif est de cibler les mesures de nature à améliorer leur fonctionnement, notamment au niveau départemental

Le bilan est en demi-teinte. Le rapport élude d'emblée le procès en hospitalo-centrisme, l'hôpital étant l'opérateur majeur soumis à la régulation de l'ARS, il est normal qu'il porte bon nombre des politiques publiques. En revanche sont pointés :

- L'exclusif souci de régulation budgétaire et financière.
- La faiblesse des effectifs liés à la territorialisation.
- Le gigantisme des périmètres géographiques et la perte de proximité.

Le rapport émet 23 propositions dont :

- Le maintien du statut souple, garant de leur adaptation.
- Le réinvestissement des politiques de proximité.
- Favoriser l'émergence de contre-pouvoirs pour ancrer la confiance des acteurs locaux, notamment en transformant la gouvernance de l'agence.
- Le réinvestissement du médicosocial via des pratiques de guichet unique simplificateurs.
- La rénovation du pilotage national des ARS en vue de mener à une plus grande régionalisation du financement de la santé, en renforçant le FIR.
- Le renforcement des effectifs des ARS, qui ont baissé de 9% entre 2012 et 2018.

AGENDA

Rencontres RH de la Santé

13-14 octobre 2021

Paris, Cité Universitaire Internationale

Santé RH est une publication mensuelle éditée par **INFODIUM** - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - www.infodiuim.fr
tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 infodiuim@infodiuim.fr - www.sante-rh.fr Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conseiller scientifique : Jérôme Lartigau - Mise en page : Yohann Roy, Publatis - Abonnement et publicité : Nadine Giraud - 11 numéros par an - Abonnement 319,00 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
© Infodiuim - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



BULLETIN D'ABONNEMENT



Santé RH

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

W140

**1 an, 11 numéros papier
+ 1 accès numérique
+ base d'archives sur
www.sante-rh.fr
au prix de **319 € 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**) :

Cachet /Date
Signature

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

Infodiuim - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du
1^{er} Janvier 2021 au 31 Décembre 2021.