

Éditorial

Avoir une pensée sauvage pour changer l'hôpital ?

Que peut nous apprendre « La pensée sauvage », l'ouvrage écrit par Claude Lévi-Strauss il y a 60 ans, sur l'hôpital d'aujourd'hui ? Ce texte qui décrit la mécanique de l'esprit, notamment grâce aux archétypes du bricoleur et de l'ingénieur, est universel. Les mots de Lévi-Strauss raisonnent plus fort encore lorsqu'ils sont relus à la lumière des pratiques observées durant l'année 2020. L'ingénieur de Lévi-Strauss sait confier à un autre expert sa tâche si elle ne rentre plus dans le cadre précis de son savoir, ce que font les Agences régionales de santé (ARS) dès le mois de mars. Sidérées, elles donnent aux professionnels qui exercent au sein des hôpitaux la légitimité de devenir des bricoleurs, elles leur permettent d'utiliser « les « moyens du bord » [...] parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment, ni d'ailleurs avec aucun projet particulier [...] ». (Lévi-Strauss, 1962, p.27). Le bricoleur n'improvise pas vraiment, il a appris de ses différentes expériences et dispose de sa boîte à outils : apprentissage du travail en soins critiques avec mise en situation réelle, coopération décuplée au sein des établissements et entre établissements, etc. Les professionnels se révèlent être des bricoleurs avisés, compétents, créatifs, sages, et qui trouvent ensemble les bonnes solutions pour relever le défi qui s'imposent à eux. Les établissements se sentent soutenus par la tutelle qui leur fait confiance et leur donne l'autonomie suffisante pour assurer leur mission. Mais dès le mois de mai 2020, le retour à la normale est organisé et le bricolage disparaît. Les tutelles redeviennent les ingénieurs en chef qu'elles étaient et le management vertical est de retour. A l'inverse du bricoleur, l'ingénieur n'improvise pas, il suit le plan tracé - par la stratégie nationale de santé, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), etc. Il le doit car son travail est évalué en fonction de l'écart entre ce qui a été prévu et le résultat final. Mais en cette période d'instabilité, le plan et les mesures prévus par la tutelle-ingénieur ne sont pas toujours compatibles avec la réalité des soignants-bricoleurs. La défiance remplace alors peu à peu la confiance, d'autant que bricoler revient à donner « quelque chose de soi » (Lévi-Strauss, 1962, p.27), ce qui rend difficile le retour en arrière. Deux univers s'entrechoquent alors qu'ingénieurs et bricoleurs ont raison ensemble, d'où l'intérêt de cheminer vers une transformation des ingénieurs et des bricoleurs en ingénieurs-bricoleurs, ou inversement. Le succès des réformes à venir semblent suspendu à cette autre organisation de l'action collective, qui encourage les professionnels à se doter des talents de l'ingénieur et du bricoleur, capables de créer des connaissances et prendre des décisions ensemble, qui relèvent à la fois du vrai et du juste^[1].

Lévi-Strauss C. (1962), *La pensée sauvage*, Plon, Paris.

Sandra BERTEZENE

Professeur du Conservatoire National des Arts et Métiers titulaire de la Chaire de Gestion des Services de Santé

[1] Enseignements tirés du projet de recherche COPING (*covid pandemic institutional management*), financé par l'appel à projet PREPS de la DGOS (Ministère de la santé et de la prévention) consacré à l'analyse du pilotage des organisations de santé en période de crise sanitaire.

Sommaire

Gestion des carrières

Le sort du compte épargne-temps en cas de cessation définitive des fonctions de l'agent hospitalier p2

Gestion sociale

Le nouveau conseil médical p4

Prospective & Management

Et si les hôpitaux publics se démarquaient ? Réflexions autour de la création d'une marque employeur « hôpital public » p8

Stratégie & Pilotage

Contenu du travail et charge en soins : recentrer les soignants sur le soin comme remède aux difficultés hospitalières ? p12

Jurisprudence

Suspension de fonctions et poursuites pénales p16

Procédure de recrutement p17

Veille réglementaire

..... p20

Veille documentaire / Agenda

..... p24

Le sort du compte épargne-temps en cas de cessation définitive des fonctions de l'agent hospitalier

Sous l'impulsion du droit européen, le juge est venu reconnaître le droit au report de congés non pris pour les agents publics dans l'impossibilité de reprendre leurs fonctions du fait de la maladie, et, à défaut, le droit d'en obtenir l'indemnisation.

En effet, la Directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 considère que la période minimale de congés annuels payés ne peut être remplacée par une indemnité financière, sauf en cas de fin de relation de travail. Ce droit au report ou à indemnité compensatrice de congés non pris en fin de relation de travail demeure toutefois encadré puisqu'il est limité à 4 semaines, avec une période de report fixée à 15 mois.

S'il est possible pour un agent, lorsqu'il quitte définitivement la fonction publique après un congé de maladie sans avoir repris ses fonctions, de bénéficier d'une indemnité compensatrice de congé, qu'en est-il des jours qu'il a épargnés sur son compte épargne-temps (CET) ? De façon plus générale, est-il possible pour un agent public de se faire indemniser la totalité de son CET lorsqu'il quitte définitivement la fonction publique ?

Mélissa MASUREL

LES MODALITÉS RELATIVES À L'INDEMNISATION DES JOURS ÉPARGNÉS SUR LE CET

Il convient tout d'abord de rappeler que le CET dans la fonction publique hospitalière peut être alimenté chaque année par :

- Des congés annuels, sans que le nombre de jours de congés pris dans l'année puisse être inférieur à 20 ;
- Des heures ou jours de réduction du temps de travail ;
- Des heures supplémentaires lorsqu'elles n'auront fait l'objet ni d'une compensation horaire ni d'une indemnisation.

En pratique, le service des ressources humaines informe l'agent de l'état de son CET au 31 décembre de l'année écoulée et lui demande ensuite de préciser le nombre de jours et / ou d'heures qu'il souhaite inscrire sur son CET.

Les 15 premiers jours épargnés sur un CET peuvent être utilisés uniquement sous forme de congés. En revanche, si le nombre total de jours inscrits sur le CET est supérieur à 15 jours^[1], l'agent est invité à exercer son droit d'option, au plus tard le 31 mars de chaque année.^[2]

Si au terme de l'année civile, le nombre de jours inscrits sur le CET est supérieur à 15 jours, l'agent titulaire ou contractuel peut opter, pour les jours excédant ce seuil et dans les proportions qu'il souhaite, pour :

- **une indemnisation** ;
- un maintien sur le CET ;
- une prise en compte au sein du régime de retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP) uniquement pour les fonctionnaires.

[1] Art. 1er de l'Arrêté du 6 décembre 2012 pris en application des articles 4 à 8 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière.

[2] Art. 5 du Décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière.

Concernant l'indemnisation, chaque jour est indemnisé à hauteur d'un **montant forfaitaire brut par catégorie statutaire** soit :

- 135 € pour la catégorie A et assimilés ;
- 90 € pour la catégorie B et assimilés ;
- 75 € pour la catégorie C et assimilés.

À noter que le montant forfaitaire brut retenu est celui de la catégorie statutaire dans laquelle est classé l'agent à la date de l'option formulée^[3]

Le nombre de jours pouvant être indemnisé n'est pas limité. Il en sera toutefois différent lorsque l'agent optera pour le maintien des jours sur le CET puisque cette option est quant à elle encadrée par la réglementation.^[4]

LA POSITION DU JUGE ADMINISTRATIF EN CAS DE CESSATION DÉFINITIVE DES FONCTIONS

Lorsqu'il quitte définitivement la fonction publique hospitalière (FPH), l'agent public doit en principe solder les jours alimentant son CET :

« *Lorsqu'un agent, quelle que soit sa position au regard du statut qui lui est applicable, quitte définitivement la fonction publique hospitalière, les jours ou heures accumulés sur son compte épargne-temps doivent être soldés avant sa date de cessation d'activités. En pareil cas, l'administration ne peut s'opposer à sa demande de congés.* »^[5]

En ce sens, lorsqu'un agent quitte définitivement la FPH, il n'existe pas de règle dérogatoire, il ne peut solliciter l'indemnisation des jours épargnés sur son CET que dans les conditions et limites de droit commun.^[6] Pour les 15 premiers jours, il doit forcément les poser afin de solder son CET avant son départ.

Il convient de préciser qu'aucune disposition ne prévoit d'indemnisation du CET en dehors des règles précitées, même lorsque la cessation d'activité est indépendante de la volonté de l'agent. Il n'existe finalement qu'une seule exception à cette règle qui est l'indemnisation des ayants droit de l'agent décédé.^[7]

Ce principe est confirmé par le juge administratif pour qui **les journées épargnées sur un CET ne peuvent pas être assimilées à des journées de congés annuels** au sens de la Directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003.^[8] Ces jours doivent être considérés comme des jours de congés supplémentaires.

Ainsi, un agent admis à la retraite sans avoir pu bénéficier des jours épargnés sur son CET au motif qu'il se trouvait en congé de maladie avant cette date ne peut obtenir de compensation financière à ce titre si leur nombre est inférieur au seuil réglementaire pour obtenir une indemnisation.^[9]

Ce principe a vocation à s'appliquer aux autres hypothèses de cessation de fonctions en dehors de l'hypothèse du décès de l'agent comme évoqué précédemment.

Il convient toutefois de préciser que le juge pourra opter pour un raisonnement différent selon le contexte en présence. Il a par exemple considéré qu'une indemnisation devait être versée à un agent qui a été contraint de poursuivre son activité à la demande de son établissement employeur, jusqu'à sa retraite et même au-delà, et qui n'a donc pu bénéficier de ses jours de CET du fait de l'administration.^[10]

La jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, protectrice envers les congés payés annuels, n'a donc pas vocation à s'étendre aux jours épargnés sur le CET.

[3] Art. 4 de l'Arrêté du 6 décembre 2012.

[4] Art. 8 du Décret n° 2002-788 du 3 mai 2002.

[5] Art. 12 du Décret n° 2002-788 du 3 mai 2002.

[6] Règle confirmée par la Circulaire n° DGOS/RH4/DGCS/2013/42 du 5 février 2013, annexe 7.

[7] Rép. min. QE n° 16424, JO Sénat du 16/12/2010 - page 3234 ; Rép. min. QE n° 26361, JO AN du 14/05/2013 - page 5084.

[8] TA Rouen, 10 janvier 2012, n° 0901782.

[9] CAA Douai, 8 décembre 2020, n° 18DA02309.

[10] TA Amiens, 24 avril 2015, n° 1300541.

Le nouveau conseil médical

Enfin ! Après l'annonce de l'ordonnance du 25 novembre 2020^[1], les décrets concernant la mise en place du conseil médical dans les 3 fonctions publiques sont parus au JO du 13 mars 2022^[2] avec un effet rétroactif au 1er février 2022.

Ces derniers amorcent ainsi la fusion entre le comité médical départemental et la commission départementale de réforme pour former le conseil médical qui peut se réunir désormais en deux formations.

Rappelons que le conseil médical est une instance consultative que l'établissement doit obligatoirement consulter avant de prendre certaines décisions relatives à la situation administrative des agents dans le cadre de problématiques de santé.

Outre la simplification de l'organisation de ces instances, l'effet attendu est un désengorgement permettant l'accélération du traitement des demandes.

Quelles nouvelles missions et quelles nouvelles compositions du conseil médical ? Quels impacts de cette instance sur l'instruction et la gestion des demandes ?

Mélanie DUPE

Centre de droit JuriSanté
CNEH

[1] Ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique

[2] Décret n° 2022-350 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la fonction publique territoriale ; Décret n° 2022-351 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la fonction publique hospitalière ; Décret n° 2022-353 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la fonction publique de l'Etat

[3] Article 7-1 Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

[4] Article 7 Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

LA RÉPARTITION DES MISSIONS DU NOUVEAU CONSEIL MÉDICAL

Le conseil médical peut se réunir sous deux formations, si la formation plénière reprend globalement le rôle de l'ancienne commission départementale de réforme il en va autrement concernant la formation restreinte qui reprend en partie seulement le rôle du comité médical départemental et donne beaucoup plus d'autonomie aux chefs d'établissements...

Concernant la formation plénière^[3]

Conformément à l'article 7-1 du décret n°88-386 les conseils médicaux en formation plénière sont saisis de :

- La non reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie ou d'un accident et la prise en charge des arrêts de travail à ce titre,
- La détermination du taux d'incapacité suite à une maladie professionnelle hors tableaux,
- L'appréciation des taux de séquelles et de l'imputabilité,
- La mise à la retraite pour invalidité en raison d'infirmités résultant de blessures ou de maladies contractées ou aggravées en service,
- L'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI),
- L'attribution d'une rente pour le stagiaire licencié pour inaptitude.

Le rôle du conseil médical plénier reste proche de celui de l'ancienne commission départementale de réforme.

Pour autant la formation plénière ne sera plus compétente dans le cadre des disponibilités d'office pour raison de santé ou de l'allocation d'invalidité temporaire (AIT) qui seront uniquement laissées à l'appréciation de la CPAM et attribuées sur décision du chef d'établissement.

La formation restreinte est en revanche beaucoup plus impactée par cette fusion.

Concernant la formation restreinte^[4]

Conformément à l'article 7- I du Décret 88-386, les conseils médicaux en formation restreinte sont consultés pour avis sur :

- L'octroi d'une première période des congés de longue maladie et de longue durée,

- Le renouvellement des congés de longue maladie et de longue durée après épuisement de la période rémunérée à plein traitement,
- La réintégration à expiration des droits à congés pour raison de santé,
- La réintégration à l'issue d'une période de congé de longue maladie ou congé de longue durée lorsque le bénéficiaire de ce congé exerce des fonctions qui exigent des conditions de santé particulières ou lorsqu'il a fait l'objet d'une mise en congé d'office,
- La mise en disponibilité d'office pour raisons de santé, son renouvellement et la réintégration à l'issue d'une période de disponibilité pour raison de santé,
- Le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une altération de l'état de santé du fonctionnaire.

Les missions de cette formation restreinte reprennent les anciennes missions dévolues au comité médical départemental, cependant leur allègement considérable laisse davantage d'autonomie aux chefs d'établissements.

La formation restreinte du conseil médical, conformément à l'article 7-II du Décret 88-386, est également saisie pour avis en cas de contestation d'un avis médical rendu par un médecin agréé dans le cadre :

- D'une procédure d'admission aux emplois publics dont les fonctions exigent des conditions de santé particulières,
- De l'octroi et du renouvellement d'un congé pour raisons de santé, de la réintégration à l'issue de ces congés et du bénéfice d'un temps partiel pour raison thérapeutique,
- D'un examen médical prévus en cours de CMO^[5], CLM^[6], CLD^[7] ou de CITIS^[8],
- D'une procédure de mise en retraite pour invalidité.

Lorsque les conclusions du ou des médecins sont contestées par l'administration ou l'agent, le conseil médical compétent serait saisi dans un délai de 2 mois suivant la notification des conclusions de l'expert ? Il n'y a aucune précision sur ce point dans les textes^{[9] [10]}.

Le conseil médical supérieur^{[11][12]}

Le comité médical supérieur devient le conseil médical supérieur et il est saisi dans le cadre d'une contestation (par l'administration ou le fonctionnaire) d'un avis rendu par le conseil médical restreint. La saisine du conseil médical supérieur doit être effectuée dans un délai de deux mois suivant sa notification.

La procédure reste inchangée et la contestation doit être présentée au conseil médical restreint qui se charge de la transmission au conseil médical supérieur qui en informe ensuite le fonctionnaire et l'administration.

Le conseil médical supérieur statuant sur la base des pièces communiquées peut, en cas de besoin, faire procéder à une expertise médicale complémentaire.

Désormais, en l'absence d'avis émis par le conseil médical supérieur dans le délai de quatre mois après la date à laquelle il dispose du dossier, l'avis du conseil médical en formation restreinte est réputé confirmé. Ce délai est suspendu lorsque le conseil médical supérieur fait procéder à une expertise médicale complémentaire.

Ainsi, l'administration rend une nouvelle décision au vu de l'avis du conseil médical supérieur ou, à défaut, à l'expiration du délai de quatre mois prévus à l'alinéa précédent.

Il est important de préciser ici que l'avis du conseil médical supérieur ne lie pas l'autorité.

Le temps où le comité médical supérieur statuait sur un délai de 24 mois est révolu ! Cela va bien entendu permettre aux chefs d'établissements de statuer plus rapidement mais aussi de désengorger le conseil médical restreint qui aurait été sollicité sur la répétition de ces demandes à défaut d'une saisine de l'instance supérieure !

[5] Congé de maladie ordinaire

[6] Congé de longue maladie

[7] Congé de longue durée

[8] Congé d'invalidité temporaire imputable au service

[9] Articles 5 à 18 du décret 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

[10] Articles 5 à 9 du décret 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

[11] Article 17 Décret 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

[12] Article 8 Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

[13] Article 6-1 Décret 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

[14] Article 16 Décret 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

[15] Article 8 Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

[16] Article 6 Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

[17] Arrêté du 11 mars 2022 portant création du conseil médical de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris

[18] Articles 8 à 15 Décret 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

LA COMPOSITION DU CONSEIL MÉDICAL ET DU CONSEIL MÉDICAL SUPÉRIEUR

Le conseil médical^[13]

En formation restreinte le conseil médical départemental est composé :

De trois médecins titulaires désignés par le préfet, pour une durée de trois ans, sur les listes de médecins agréés. Pour chaque titulaire, un ou plusieurs médecins suppléants sont désignés selon les mêmes modalités et leurs fonctions sont renouvelables.

En formation plénière le conseil médical est composé :

- Des membres du conseil médical restreint
- De deux représentants de l'administration désignés par le chef de service dont dépend le fonctionnaire concerné
- De deux représentants du personnel inscrits sur une liste établie par les représentants du personnel élus au comité social d'établissement dont relève le fonctionnaire concerné

Enfin, un médecin est désigné par le préfet parmi les médecins titulaires pour assurer la présidence de l'instance et chaque conseil médical dispose d'un secrétariat placé sous l'autorité de son président.

Le conseil médical supérieur^{[14][15]}

Le conseil médical supérieur est composé de deux sections (l'un pour les maladies mentales et l'autre pour les autres maladies) qui comprennent chacune au moins cinq membres nommés pour une durée de trois ans par le ministre chargé de la santé.

Chaque section délibère valablement dès lors que trois au moins de ses membres sont présents.

LE CONSEIL MÉDICAL DE L'AP-HP

L'article 6 du Décret 88-386^[16] prévoit que le ministre chargé de la santé peut instituer par arrêté un conseil médical propre à un établissement public ou bien à un groupe d'établissements publics si l'importance du nombre d'agents le justifie.

Ce conseil doit être constitué par l'autorité investie du pouvoir de nomination compétente de l'établissement ou du groupe d'établissements. C'est sur ce fondement que l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) a constitué son propre conseil médical par un arrêté du 11 mars 2022^[17].

LE FONCTIONNEMENT DU NOUVEAU CONSEIL MÉDICAL^[18]

La procédure d'instruction des demandes

Les conseils médicaux sont saisis pour avis par l'administration, à son initiative ou sur demande du fonctionnaire.

C'est le médecin président du conseil qui instruit les dossiers soumis au conseil médical et dirige les débats en séance. En cas de besoin, il peut confier l'instruction de dossiers aux autres médecins membres du conseil.

Dans le cadre de l'instruction, le médecin peut recourir à l'expertise d'un médecin agréé du département ou d'un autre département. Les médecins agréés qui sont saisis pour expertise rendent un avis écrit et peuvent assister au conseil à titre consultatif.

Il est important de rappeler à ce stade qu'un médecin membre du conseil médical intervenu sur un dossier en qualité d'expert ne peut pas prendre part au vote sur ce dossier.

Aussi et lorsqu'il siège en formation plénière, le conseil médical dispose de tout témoignage, rapport ou constatation propre à éclairer son avis et peut faire procéder par l'administration à toute mesure d'instruction, enquête ou expertise qu'il estime nécessaire. L'agent pourra également être entendu par le conseil médical s'il le souhaite.

Au moins dix jours ouvrés avant la date à laquelle son dossier sera examiné, le secrétariat du conseil médical informe le fonctionnaire de cette date et de son droit à consulter son dossier, à présenter des observations écrites, à fournir des certificats médicaux et à être accompagné ou représenté, s'il le souhaite, par une personne de son choix pendant tout ou partie de la procédure.

En outre, lorsque le conseil médical se réunit en formation restreinte, le secrétariat informe l'agent des voies de contestation possibles devant le conseil médical supérieur.

Dans tous les cas, l'agent concerné et l'administration peuvent faire entendre le médecin de leur choix par le conseil médical qui pourra également demander à entendre l'agent s'il le juge utile.

Les quorums changent et se durcissent !

Concernant les quorums, la formation restreinte du conseil médical ne siège valablement que si deux au moins de ses membres sont présents et la formation plénière du conseil médical ne siège valablement que si quatre au moins de ses membres sont présents, dont au moins deux médecins et un représentant du personnel.

Lorsque le quorum requis n'est pas atteint, une nouvelle convocation est envoyée dans le délai de huit jours aux membres de la formation, qui siège alors valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Le rôle du médecin du travail

Le médecin du travail attaché au service auquel appartient l'agent dont le dossier est soumis au conseil médical est informé de la réunion et de son objet.

Il peut obtenir dans ce cadre et sur demande, la communication du dossier de l'intéressé. Il peut également présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion du conseil médical.

Le médecin du travail doit remettre un rapport écrit dans les cas de demandes de congé pour raison de santé d'office et de maladie professionnelle hors tableaux ou bien ne respectant pas tous les critères du tableau.

Les avis rendus par le conseil médical

Les avis sont émis à la majorité des membres présents et en cas d'égalité des votes, le médecin président a voix prépondérante.

L'avis du conseil médical est motivé dans le respect du secret médical. Il est notifié à l'administration et à l'agent par le secrétariat du conseil médical par tout moyen permettant de conférer une date certaine à cette notification.

Enfin, l'administration doit informer le conseil médical des décisions qui sont rendues sur son avis.

QUE FAUT-IL RETENIR ?

Les établissements garderont leurs « habitudes » concernant la saisine du conseil médical plénier.

En effet, seules les saisines pour les 3èmes renouvellements de disponibilité d'office pour raison de santé (qui relèvent exclusivement désormais du conseil médical restreint) et les demandes d'allocation d'invalidité temporaire (AIT), pas toujours très populaires ont été retirées de son champ de compétence.

En revanche et concernant le conseil médical restreint, les saisines vont considérablement diminuer et les chefs d'établissements seront plus autonomes (notamment sur le congé de maladie ordinaire ou sur les congés de longue maladie et de longue durée pendant les périodes de plein traitement).

Mais est-ce que cela aura un impact direct sur la charge de travail des services des ressources humaines ? Pas vraiment !

En effet, si un certain nombre de demandes ne nécessitent plus la saisine du conseil médical restreint, des examens médicaux auprès de médecins experts agréés sont à organiser directement par l'établissement et non par l'intermédiaire du conseil médical.

[19] DGOS Décret n° 2022-351 du 11 mars 2022 - Conseils médicaux dans la FPH – Cas de saisine du conseil médical

[20] Décret n° 2022-351 du 11 mars 2022 relatif aux conseils médicaux dans la fonction publique hospitalière

Dès lors la charge de travail ne diminuera pas nécessairement et elle pourrait même augmenter selon les pratiques du conseil médical du département (si ce dernier sollicitait l'expert directement ou bien laissait l'établissement programmer l'expertise).

Ainsi, tous les établissements ne seraient pas sur le même pied d'égalité !

Sur ces changements de saisines, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a publié un tableau récapitulatif^[19] de comparaison des dispositions du décret n° 88-386 dans sa version antérieure et dans sa version issue du décret du 11 mars 2022^[20].

Concernant la saisine du conseil médical supérieur, si cette dernière ne change pas dans la procédure, elle évolue très favorablement en termes de délais.

Ces contestations ne sclérosent plus les situations administratives des agents ayant porté contestation de l'avis rendu par le conseil médical restreint.

CONCLUSION

De la théorie à la pratique le passage n'est pas toujours facile et le tout jeune conseil médical doit encore faire ses preuves !

La simplification dans l'organisation du nouveau conseil médical semble pour l'heure timide et nécessite quelques ajustements ne serait-ce que pour appréhender ces nouveaux dispositifs.

L'objectif du désengorgement reste à atteindre et il est aujourd'hui trop tôt pour en faire le bilan.

Quant au souhait de l'accélération dans le traitement des demandes, si elle est incontestable sur les saisines du conseil médical supérieur, elle reste à prouver pour le conseil médical ...

ATTRACTIVITÉ

Et si les hôpitaux publics se démarquaient ? Réflexions autour de la création d'une marque employeur « hôpital public ».

Le service public constitue un élément fort de l'identité française, notamment le service public hospitalier, considéré comme un des meilleurs au monde. Mais l'hôpital public doit aujourd'hui affronter différents types de crises, dont la plus visible est certainement celle du recrutement, puisqu'elle impacte directement l'offre de soins. Cet article, basé sur un travail doctoral, propose une réflexion autour du déploiement de la marque employeur dans la fonction publique, outil issu du privé mais de plus en plus fréquemment employé par les établissements publics afin d'augmenter leur attractivité.

Charlaine FAGES

Doctorante en sciences de gestion – Cadre de santé IADE

[1] Traduit de l'anglais par Vandenaabeele, 2009, p 13.

L'attachement de la population française au service public n'est plus à démontrer. Le soutien quotidien apporté aux soignants lors de la première vague de la crise sanitaire covid en fut une preuve visible... et bruyante ! Pour autant, la fonction publique et particulièrement la fonction publique hospitalière peine aujourd'hui à attirer et à fidéliser ; la sécurité de l'emploi associée au statut de fonctionnaire, ne suffisant plus à capter ou retenir les professionnels de santé. De plus en plus désireux de rester maîtres de leur parcours, et pleinement conscients de leur valeur sur le marché du travail, les soignants n'hésitent plus à accumuler les expériences professionnelles auprès d'employeurs successifs. Les raisons évoquées

afin de comprendre cette forme de nomadisme professionnel sont multiples. Crise de la vocation, aspect générationnel, avec l'arrivée sur le marché du travail des « *millénials* », faible attractivité financière de la profession, perte, mais aussi paradoxalement, quête de sens au travail, les causes sont à l'évidence multiples et interconnectées.

Face à cette nouvelle situation et à l'impératif de se singulariser sur un marché du travail de plus en plus concurrentiel, certains dirigeants d'hôpitaux publics font le choix de recourir au Marketing des Ressources Humaines, s'appuyant ainsi sur l'orientation marché et la marque employeur. La question se pose alors de savoir si, et comment, une organisation publique telle qu'un hôpital, peut développer un avantage concurrentiel et optimiser ses recrutements en utilisant des outils marketings issus du secteur privé ?

MOTIVATION ET MOTIVATION DE SERVICE PUBLIC

Pour Heickausen (Heickausen 1991) la motivation est un terme général qui définit la globalité d'un processus dont la finalité est la concrétisation d'une conduite précise. La motivation ne se conçoit, alors, qu'à travers l'existence d'une interaction entre des valeurs personnelles, d'une part, et une situation particulière et significative d'autre part, qui permettra à l'individu une mise en pratique de ses valeurs. Dans le cadre de la motivation de service public, ces interactions se joueront logiquement au sein d'organisations publiques, et engendreront des comportements individuels mais volontairement au service du collectif.

Perry et Wise (1990) ont défini la motivation de service public comme « une prédisposition individuelle à agir en réponse à des mobiles portés en premier lieu, sinon uniquement par des institutions et organisations publiques »^[1]. La motivation de service public évoque donc une caractéristique individuelle, guidée par l'intérêt public, et s'inscrit dans une démarche de désintéressement. C'est d'ailleurs afin de mieux comprendre le désintéressement affiché par les agents publics que Perry a élaboré ce concept, lui attribuant un cadre théorique ainsi qu'une échelle de mesure. Faisant suite aux travaux de Knocke et Wright Isak, qui associent la motivation de service public à trois types de dimensions (rationnelle, normative et affective), il articule la motivation de service public autour de quatre composantes :

- L'attraction pour les politiques publiques qui renvoie à la dimension rationnelle de Knocke et Wright Isak,
- L'engagement pour l'intérêt public qui évoque la dimension normative, le devoir civique et la justice sociale,
- La compassion qui renvoie à la dimension affective,
- Le sacrifice personnel, ou l'abnégation qui font appel, à la notion de désintéressement.

La motivation de service public met donc l'accent sur les motivations altruistes des agents publics, basées sur une adéquation entre leur culture, leurs valeurs et celles du service public hospitalier. Elle ouvre de nouvelles perspectives dans le champ du management des ressources humaines dans les organisations publiques et développe une représentation de l'efficacité publique centrée sur la mobilisation et l'engagement.

MARKETING RH ET MARQUE EMPLOYEUR

Le recours à la création d'une marque employeur pour développer l'attractivité d'une organisation est aujourd'hui fréquent, y compris pour les organisations publiques, dont les hôpitaux. La signature le 9 mars 2022 d'un partenariat de deux ans entre la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFP) et l'Association nationale des Directeurs des Ressources Humaines (ANDRH) avec comme objectif le « partage des bonnes pratiques », pourrait d'ailleurs conduire à une accélération du phénomène.

Le déploiement d'une marque employeur est un exercice rendu possible par le développement du Marketing en Ressources Humaines qui associe le concept de Marketing, à la Gestion des Ressources Humaines (RH), et se propose d'adapter les stratégies et outils dits « d'orientation marché », à un marché bien spécifique, celui de l'emploi. Il s'envisage donc comme une démarche stratégique au service de l'atteinte

d'objectifs RH, tels que : penser et construire de nouvelles offres susceptibles de satisfaire les intérêts, parfois divergents, des différentes parties prenantes de l'organisation. Le marketing RH nous fait donc passer d'une « orientation marché », pensée autour d'une « offre produit », à une « orientation clients », pensée autour d'une « offre RH ». Si l'emploi du terme « client » peut surprendre, il reflète néanmoins parfaitement la psychologie de la démarche qui consiste à se positionner sur un marché singulier, celui de l'emploi ; régi par des mécanismes d'offre, de demande et de concurrence ; avec des clients à attirer ou à conserver, les candidats (clients externes) ou les salariés (clients internes).

Adopter cette démarche présente deux intérêts. Le premier réside dans l'analyse que devra mener le gestionnaire RH. Cette analyse devra inclure l'environnement de l'organisation mais aussi la population qu'elle emploie. Il s'agira d'identifier les besoins et les attentes des clients et de développer des processus RH permettant de les satisfaire. Loin de se limiter à une simple action de communication vouée à améliorer l'image de l'institution à court, ou moyen terme dans le meilleur des cas, il conviendra d'aborder la question sous différents angles : économique bien sûr, pour comprendre les mutations du marché du travail et mesurer leur impact, mais aussi sociologique ou générationnel, afin de pouvoir répondre à l'évolution des organisations de travail, à la représentation de la valeur travail et aux changements de comportements observés. C'est donc une analyse globale qui sera conduite, qui aura pour avantage d'apporter au dirigeant une connaissance fine de l'organisation et de sa population.

Le deuxième intérêt vient du fait que le recours au concept « orientation clients » suppose dès le départ d'inclure dans la démarche toutes les parties prenantes au niveau des RH, internes (individus exerçant déjà dans l'institution) et externes (potentiels candidats à un recrutement). L'offre RH construite, et proposée, le sera donc dans l'optique d'avoir de la valeur pour chacune de ces parties prenantes et de pouvoir satisfaire conjointement leurs attentes.

L'un des outils les plus couramment utilisés en marketing des Ressources Humaines est la marque employeur. Concept défini par Ambler et Barrow (Ambler et Barrow 1996) , la marque employeur se définit classiquement comme « l'ensemble des avantages fonctionnels, économiques et psychologiques fournis par l'employeur et qui lui sont associés » (Brillet et Gavaille 2017) .

Par avantages fonctionnels il faut comprendre ceux ayant trait à l'intérêt du travail pour l'individu, à l'utilité qu'il lui reconnaît ; certains auteurs les relient d'ailleurs au besoin de sécurité. Ils évoquent également le développement du salarié ; le suivi et le développement de ses compétences, la formation continue ou les possibilités d'évolution au sein de l'organisation.

Les avantages économiques représentent, eux, les aspects financiers et matériels associés à la rétribution du travail. Les avantages psychologiques, enfin, font écho à la communauté de valeurs, à la culture d'entreprise, qui favorisera le développement du sentiment d'appartenance. On parle ici de l'ADN de l'organisation, des missions qui la caractérisent.

L'enjeu pour l'organisation sera donc, à la fois de bien identifier les avantages attendus par les clients internes ou externes, et surtout, par la suite, de les concrétiser afin qu'ils ne soient pas perçus par ces derniers comme des promesses non tenues, illustrant une opération de communication. Les maîtres-mots devront être « congruence » et « incarnation », sous peine de mettre à mal le bouche à oreille positif et l'identification à l'organisation , ce qui entraînerait le contraire de l'effet attendu : le départ du salarié déçu (Charbonnier-Voirin, Poujol, et Vignolles 2017) .

VERS UNE MARQUE EMPLOYEUR « HÔPITAL PUBLIC » ?

Réfléchir à une marque employeur « hôpital public » peut, de prime abord, paraître contre intuitif. En effet, par définition l'objectif d'une marque employeur réside dans la singularisation de l'organisation qui l'utilise. Néanmoins, puisque la marque employeur

tire son efficacité de l'adéquation, identifiée par l'individu, entre la culture et les valeurs affichées par l'organisation, d'une part, et ses propres culture et valeurs, d'autre part, il paraît intéressant d'envisager que les valeurs individuelles auxquelles l'institution devrait d'abord s'adresser puissent être celles qui définissent la motivation de service public, ce qui ancre de fait la marque employeur dans les valeurs du service public.

Nous pouvons compléter la définition initiale de la marque employeur d'Ambler et Barrow, par celle de Berthon et ses collègues, établie en 2005 (Berthon, Ewing, et Hah 2005) pour qui la marque employeur doit s'articuler autour de cinq valeurs : la valeur d'attrait, la valeur sociale, la valeur économique, la valeur de développement et la valeur de transmission. Cette deuxième définition ne cible donc plus seulement les avantages « attendus », mais dessine les contours d'une rencontre autour de valeurs communes entre l'organisation et l'individu. Cette conception de la marque employeur place ainsi l'individu au centre du processus, le rendant parallèlement actif et plus seulement en attente de recevoir tel ou tel avantage. La réflexion devrait alors porter sur la déclinaison des quatre dimensions de la motivation de service public évoquées précédemment autour des cinq composantes définies par Berthon.

Miser dès le départ sur un partage de valeurs susceptibles de favoriser l'engagement dans la fonction publique hospitalière, permettrait de réaliser un premier aiguillage des candidats où ceux portés par les valeurs du service public seraient naturellement plus sensibles aux signaux émis par l'organisation, plus fortement susceptibles de souhaiter l'intégrer et d'y rester. Cette adaptation de l'outil « marque employeur » aux hôpitaux publics ne pourra évidemment pas à elle seule résoudre le problème du recrutement, néanmoins cela indiquerait une volonté forte des dirigeants d'hôpitaux publics de vouloir comprendre en profondeur les attentes des candidats afin d'y répondre au mieux dans une logique gagnant-gagnant.

Bibliographie

Ambler, Tim, et Simon Barrow. 1996. « The Employer Brand ». *Journal of Brand Management* 4(3): 185-206.

Barney, Jay. 1991. « Firm Resources and Sustained Competitive Advantage ». *Journal of Management* 17(1): 99-120.

Berthon, Pierre, Michael Ewing, et Li Lian Hah. 2005. « Captivating company: dimensions of attractiveness in employer branding ». *International Journal of Advertising* 24(2): 151-72.

Brillet, Franck, et Franck Gavaille. 2017. *Marketing RH*. Dunod. <http://www.cairn.info/marketing-rh--9782100760640.htm> (3 juillet 2021).

Charbonnier-Voirin, Audrey, Juliet F. Poujol, et Alexandra Vignolles. 2017. « De La Congruence de Valeurs à La Marque Employeur: Quelles Conséquences Pour l'identification et Le Bouche-à-Oreille Vis-à-Vis de l'organisation? » *Canadian Journal of Administrative Sciences / Revue Canadienne des Sciences de l'Administration* 34(4): 017-26.

Heickausen, Heinz. 1991. *Motivation and Action*. Springer Berlin, Heidelberg.

Perry, James L., et Lois Recascino Wise. 1990. « The Motivational Bases of Public Service ». *Public Administration Review* 50(3): 367-73.

Wright, Patrick M., Gary C. McMahan, et Abigail McWilliams. 1994. « Human resources and sustained competitive advantage: a resource-based perspective ». *International Journal of Human Resource Management* 5(2): 301-26.

Contenu du travail et charge en soins : recentrer les soignants sur le soin comme remède aux difficultés hospitalières ?

L'hôpital public est confronté à une tension sans précédent sur le marché de l'emploi des personnels soignants, endémique dans un secteur d'activité en pleine expansion où les employeurs présentant de fortes sujétions sont naturellement moins plébiscités. Cette tension, qui se majorera dans les années à venir à fonction que ces marchés de l'emploi précédemment marqués par un corpus de valeurs très fort et un sens de l'engagement particuliers vont converger avec les tendances observées dans les autres secteurs d'activité – réduction de l'ancienneté moyenne, diversification des carrières, comparaison plus poussée entre les propositions des employeurs, rend plus que jamais nécessaire une réflexion sur le contenu du travail, sur les conditions de travail et sur les stratégies de fidélisation.

Matthieu GIRIER

Directeur du pôle des Ressources humaines, CHU de Bordeaux, Président de l'ADRHSS

La crise que rencontre l'hôpital public actuellement, analogue à celle observée dans l'hospitalisation privée ainsi que dans de nombreux pays touchés par l'épidémie du COVID19, a contribué à mettre le marché de l'emploi soignant en grande tension.

Cette difficulté a de nombreuses causes, associant à la fois des projets personnels et professionnels reportés pendant les mois de pandémie, de désaffection des nouveaux professionnels sortant d'école pour le métier hospitalier, un absentéisme en hausse sous l'effet de deux ans de lutte et de vagues épidémiques qui contribuent à dégrader la qualité de l'environnement de travail, ou encore la mesure de *l'hôpital bashing* intense depuis plusieurs mois.

De façon plus structurelle encore, elle intervient dans un contexte de démultiplication des besoins en professionnels de santé dans de très nombreux secteurs d'activité. Alors que la population française a cru de 15% depuis 1990, le nombre d'infirmiers recensés par le ministère de la Santé et l'ordre national infirmier a progressé de plus de 150%, tandis que la fonction publique hospitalière, mue par les opportunités ouvertes en matière de financement des activités par la tarification à l'activité (T2A) est, des trois versants de la fonction publique française, celle qui a vu ses effectifs augmenter le plus depuis 2010.

VERRE À MOITIÉ VIDE, VERRE À MOITIÉ PLEIN

Il serait facile de voir le coté à moitié plein de la problématique de la démographie paramédicale. Parcoursup a contribué à rendre visible l'attractivité des formations des métiers du soin, qui rassemblent la première cohorte d'étudiants en sortie d'enseignement secondaire^[1], avec près de 690 000 choix, devant le parcours spécifique accès santé (PASS), lequel rassemble 663 000 choix et les écoles d'ingénieurs plébiscitées avec 543 000 choix. Succès remis en cause par le nombre d'étudiants interrompant leur formation avant la diplomation, lequel aurait atteint 1300 en 2021^[2], lui-même nuancé par le niveau moyen de défections en cours de formation infirmière, variant entre 10 et 30% selon les régions et les instituts. Cette tendance semble ainsi faire converger un secteur de la formation initiale longtemps épargné au nom d'un engagement en faveur d'un corpus de valeurs fortes avec les taux de réorientation constatés dans les autres filières – à l'université, 31% des étudiants abandonnent en moyenne leur formation avant la diplomation^[3], dont l'immense majorité en L1.

Le nombre d'étudiants diplômés intégrant les établissements publics de santé serait également en forte baisse – signe tout à la fois du malaise hospitalier et de la difficulté d'y mener une carrière satisfaisante devant le manque de débouchés au-delà des fonctions

[1] « Parcoursup 2022 : les formations les plus demandées par les lycéens », L'Étudiant, 16 mai 2022, <https://www.letudiant.fr/etudes/parcoursup/parcoursup-2022-les-formations-les-plus-demandees-par-les-lyceens.html> consulté le 5 août 2022

[2] « Démission de 1300 étudiants infirmiers : «Nous essayons de comprendre», affirme Olivier Véran », Le Parisien, 28 octobre 2021, <https://www.leparisien.fr/societe/sante/demission-de-1300-infirmiers-nous-essayons-de-comprendre-affirme-olivier-veran-28-10-2021-BXS4JXVWVE6DLGT57Y7UZHJQ.php> consulté le 5 août 2022

[3] « Réussite en licence : un étudiant sur trois abandonne dès la première année », L'Étudiant, 21 novembre 2017, <https://www.letudiant.fr/educpros/actualite/reussite-en-licence-un-etudiant-sur-trois-abandonne-des-la-premiere-annee.html> consulté le 5 août 2022

propres des métiers soignants. Malgré l'augmentation régulière des quotas de formation depuis le milieu des années 2010, les difficultés de recrutement n'ont été que partiellement modérées par une augmentation du nombre de candidats à l'embauche au sein des hôpitaux publics. Cette fois-ci seraient en cause, pour les adeptes du verre à moitié plein, une diversification des débouchés des études infirmières, tant en matière d'exercice professionnel que de poursuites d'études au niveau master, les conséquences d'un recours massif aux professions de santé pour compenser des déséquilibres démographiques et géographiques persistants chez les personnels médicaux, ou plus prosaïquement le vieillissement de la population et le maintien d'un niveau élevé de dépendance parmi les classes d'âge les plus âgées^[4] qui engendre une démultiplication des besoins, dans le contexte, notamment, du « virage domiciliaire » qui s'amorce dans le secteur du grand âge^[5].

BESOIN D'UNE RÉPONSE RAPIDE FACE À LA CRISE

Quel que soit l'angle d'analyse, force est de constater que, malgré une forte augmentation du nombre de professionnels formés sur le marché du travail, la part d'entre eux qui font le choix de venir travailler dans un établissement public de santé ou médico-social est insuffisante pour faire face aux besoins de turn-over et d'extension des activités. Ce constat, prégnant partout en France en 2022, après une première alerte en Ile-de-France à la fin des années 2000, a contribué à un décrochage accentué par la crise COVID, et pourrait, s'il n'était pas pris en compte et traité rapidement, obérer durablement la capacité des secteurs sanitaires et médicosociaux de faire face aux défis qui sont les leurs. Ce contexte implique donc une réflexion urgente, à mener à court terme, sur l'organisation hospitalière, laquelle draine 88,4% des fonctionnaires hospitaliers, destinée à résoudre trois questions fondamentales :

- Les professionnels issus des métiers en tension du secteur sanitaire sont-ils pleinement opérationnels sur des fonctions liées à leur cœur de métier, et comment peut-on limiter les besoins en recrutement en réfléchissant différemment les stratégies d'emploi hospitalières ?
- Les conditions de travail peuvent-elles être structurellement et durablement améliorées pour coller plus précisément aux attentes et aux aspirations des professionnels du soin, et comment cette évolution peut-elle être financée ?
- Les stratégies de fidélisation sont-elles un outil pertinent dans un environnement professionnel où le changement d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle prend dans une très grande majorité des cas la forme d'un changement de type d'exercice ?

En l'état actuel de la crise hospitalière, répondre à ces interrogations ne permettra probablement pas aux hôpitaux de retrouver leur attractivité naturelle, mais bien plutôt de limiter leur décrochage face aux autres acteurs avec lesquels ils partagent le marché de l'emploi, et qui mènent leurs propres stratégies d'attractivité, dans des contextes d'exercices souvent moins contraints.

ORGANISATION DES SOINS ET ACTIVITÉS AFFÉRENTES AUX SOINS : LA NOUVELLE FRONTIÈRE ?

La recherche de performance dans les organisations née de la mise en place concomitante de la nouvelle gouvernance, de la tarification à l'activité, de la territorialisation de l'offre de soins et de la culture d'amélioration continue de la qualité des soins à l'hôpital a profondément transformé les conceptions en cours dans les hôpitaux français. La mise en œuvre des méthodes issues du secteur privé concurrentiel, notamment le *lean management*, la simplification des organisations et des organigrammes, l'incitation des professionnels de tous niveaux et de tous métiers à la polyvalence, tout particulièrement dans le traitement des tâches administratives et support afférentes aux activités de cœur de métier.

Le développement d'outils tels que le dossier patient informatisé, la reconnaissance vocale, les armoires sécurisées de dispensation médicamenteuse, le recours à

[4] « C'est archifaux de dire qu'on vieillit bien en France » : l'alerte des gériatres sur les soins aux personnes âgées », Le Monde, 9 août 2022, https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/08/09/c-est-une-descente-infermale-l-alerte-des-geriatres-sur-les-soins-aux-personnes-agees_6137552_3224.html consulté le 10 août 2022.

[5] « Soins à domicile : la France n'a pas encore pris le « virage », pour la Cour des comptes », Le Monde, 24 janvier 2022, https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/01/24/soins-a-domicile-la-france-n-a-pas-encore-pris-le-virage-pour-la-cour-des-comptes_6110714_3224.html consulté le 10 août 2022.

l'intelligence artificielle dans la lecture des clichés d'imagerie, a ainsi, parmi tant d'autres, été mobilisé pour permettre de réduire le volume d'activités afférentes aux soins et consolider des équipes composées en grande majorité de professionnels de soins, à qui il incombait la gestion des activités hors soins, considérées comme marginales dans le fonctionnement général des activités hospitalières. Force est de constater que cette stratégie n'a que marginalement eu un impact sur le fonctionnement des services, et ce pour plusieurs raisons.

Sur ce point, l'insuffisante programmation des organisations hospitalières a laissé prospérer des fonctionnements aux finalités diverses, sans réflexion d'ensemble sur la performance d'équipe. Il ne s'agit pas là d'augmenter la productivité des équipes, ou de rajouter des tâches supplémentaires, mais bien d'identifier toutes les tâches nécessaires à l'organisation hospitalière et celles, superflues, qui contribuent à augmenter la charge de travail sans contribuer in fine à l'amélioration de la prise en charge des patients. S'inspirant du *lean management*, cette méthodologie prenant la forme d'une maquette organisationnelle complète incluant la définition et la répartition des fonctions support de l'unité, permet d'intégrer, dès la conception ou la réorganisation d'une équipe, la définition des fonctions administratives, logistiques ou pharmaceutiques pour mieux en maîtriser la place dans le fonctionnement quotidien des services hospitaliers.

RECENTRER LES SOIGNANTS SUR LE SOIN

Une étude ciblée, issue de l'étude à l'aide de la méthodologie SIIPS^[6], de quelques services d'hospitalisation complète, démontre que les activités afférentes aux soins continuent de représenter une part excessive de l'activité des professionnels soignants : au sein du pôle de cancérologie du CHU de Bordeaux, par exemple, celles-ci occupent entre 35 et 68% du total de l'activité des personnels infirmiers et aides-soignants. Si la nature de l'hospitalisation, la spécialité ou les pathologies les plus représentées dans la *case mix* d'une unité ont un impact direct sur le volume d'activités afférentes aux soins – selon la complexité du parcours de soins, la lourdeur des traitements, toutes les unités peuvent être concernées par une réflexion tentant de réduire les activités afférentes aux soins des professionnels soignants.

Cette analyse peut, par exemple, démontrer la pertinence d'une recomposition de l'équipe pluriprofessionnelle en faveur d'autres métiers, potentiellement moins sujets à tension sur leurs marchés d'emplois respectifs, et propres à apporter des compétences et une approche métier complémentaires de celles des infirmiers et des aides-soignants. Préparateurs en pharmacie, agents d'accueil, agents logistiques, assistants médico-administratifs, agents de centres d'appels, sont autant de métiers qui ont progressivement été retirés des services hospitaliers par le passé, et qui se révèlent cruellement absents dans la période actuelle de tension sur le marché de l'emploi des personnels soignants.

Une telle réflexion implique cependant deux prérequis indispensables. D'une part, une réflexion reproductible doit être menée, concernant ces fonctions qui peut être appliquées de façon relativement uniforme dans l'ensemble des services d'hospitalisation d'un établissement donné, afin de dégager des axes de performance pas uniquement au sein des services accueillant les patients. D'autre part, cette démarche doit ouvrir la possibilité d'optimiser les chaînes de services support, orientée non pas en fonction des services support eux-mêmes, mais bien des besoins exprimés par les services de soins et la qualité de la prestation fournie.

A ce titre, des démarches telles que l'intégration de préparateurs en pharmacie dans les unités de soins, ou la création de métiers spécifiques, associant fonctions d'intendance, d'accueil ou d'orientation des patients et de leurs proches, pourront être mobilisées. Plusieurs établissements ont eu l'occasion de mobiliser de tels profils, pourvus généralement par des personnels en restriction partielle d'aptitude, à la sortie du COVID19, avec succès.

[6] On se référera utilement au site de l'association du club des utilisateurs des SIIPS <https://www.siips.fr> ainsi qu'à l'ouvrage de référence sur ce sujet : COLLECTIF (MALLET, M., DICK-DELALONDE, C., PISTRE, F., STEVENDART, E., TREISSEDE, D., VORON, P.), *La méthode SIIPS - Indicateurs d'activités en soins infirmiers*, éd. EYROLLES, mai 2007, 198 pages.

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL : PASSAGE AUX ACTES ?

Revoir les organisations ne suffira cependant pas à faire repartir une dynamique collective que le COVID19 a fragilisé – et que quelques mois d’hôpital bashing intensif auront considérablement abimé. La convergence du marché de l’emploi des personnels soignants avec ceux des autres branches d’activité se double en effet d’un renforcement des aspirations en matière de conditions de travail et d’équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle.

Au-delà de la question de la valorisation des sujétions professionnelles, notamment le travail de nuit et les contraintes physiques liées au travail en interaction avec des patients dépendants, celle des services fournis aux personnels reste plus que jamais d’actualité. La crise COVID, la mise en place de la garantie de financement ont réduit les marges de manœuvre disponibles pour rénover les dispositifs au service des collaborateurs. Mise en place d’une application de services aux personnels, rénovation et agrandissement des structures d’accueil du jeune enfant, développement des contrats d’allocation d’étude, rénovation des zones de stationnement et mise en place d’espaces réservés pour les personnels, équipement des espaces de pause et de détente des services, sont autant de pistes qui contribuent à l’amélioration de l’attractivité des établissements publics de santé, mais qui demeurent insuffisamment mobilisés dans la période actuelle. Au risque de prendre un train de retard par rapport aux établissements privés et aux autres employeurs du secteur de la santé.

L’attractivité des établissements publics de santé sur un marché de l’emploi en tension requiert donc une nouvelle réflexion sur ces investissements, considérés largement comme des dépenses non productives, mais qui, sur le moyen terme, pourraient se révéler incontournables pour assurer les recrutements nécessaires au fonctionnement des services hospitaliers. Ce d’autant plus que l’ancienneté moyenne des professionnels tend à se réduire, et risque de prolonger la tendance actuelle dans les décennies à venir : si l’ancienneté moyenne d’un agent au CHU de Bordeaux est, par exemple, de vingt-et-un ans en moyenne, toutes filières confondues, celle-ci est à mettre en perspective avec l’ancienneté moyenne constatée pour l’ensemble des salariés en France – de onze ans, comparable à l’ancienneté moyenne des salariés européens, et avec l’ancienneté moyenne des salariés allemands ou anglais – comprise entre sept et huit ans^[7].

AGIR RAPIDEMENT FACE À DES DÉFIS STRUCTURELS

En somme, la crise que l’hôpital public rencontre actuellement a mis crument en lumière ses dysfonctionnements séculaires – un déficit d’organisation interne, le manque de stratégie dans le pilotage de ses fonctions support, la prise en compte insuffisante des sujétions professionnelles, le renforcement de la concurrence entre employeurs publics et privés sur des marchés de l’emploi en plein bouleversement, tout comme les carences de dispositifs d’accompagnement des agents publics dans la construction de leur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Plus qu’une question de gouvernance, de modèle de financement ou de définition de projet d’établissement, il s’agit surtout ici pour les employeurs publics de prendre conscience de la transformation du marché, et de la construction d’une stratégie d’emploi qui prend en compte la réduction de l’ancienneté moyenne et la concurrence entre employeurs comme des données, au lieu de les combattre. Vaste chantier, dont les outils sont connus et reconnus, dont il reste désormais à faire un usage immodéré.

[7] GAUDIAUT, Tristan, Où reste-t-on le plus longtemps avec le même employeur, Statista, 9 décembre 2021, <https://fr.statista.com/infographie/20655/duree-moyenne-d-un-emploi-chez-le-meme-employeur-en-france-et-dans-le-monde/> consulté le 4 août 2022.

Sophie HERREN

Avocat au barreau de Paris

Suspension de fonctions et poursuites pénales

Quelles sont les modalités de gestion de la situation administrative d'un praticien hospitalier poursuivi pénalement,

CE 15 juillet 2022, Mme A, req. n°442632

Mme A, psychiatre, alors qu'elle exerçait en tant que praticien hospitalier dans un établissement public de santé (EPS) a été mise en examen et placée sous contrôle judiciaire avec interdiction d'exercer toute activité médicale, par deux ordonnances du tribunal de grande instance de Paris en date du 29 septembre 2017. La directrice de l'établissement a alors, dans un premier temps, décidé le 14 novembre 2017 de la suspendre de ses fonctions à titre conservatoire, avec maintien de sa rémunération. Puis, après que la Cour d'appel de Paris a confirmé l'interdiction faite à Mme A, d'exercer une activité médicale au sein d'un établissement public de santé, par une seconde décision en date du 26 mars 2018, a mis fin à la suspension à compter du 1er avril 2018 et décidé que le versement de sa rémunération serait interrompu à compter de cette date, en l'absence de service fait. Aucune procédure disciplinaire n'a été engagée contre l'intéressée.

Mme A a, d'une part, formé un recours en annulation contre cette dernière décision devant le tribunal administratif de Montreuil et d'autre part, demandé à la directrice, sur le fondement de l'article 30 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, à être reclassée au sein de l'établissement, sur un emploi ne comportant pas l'exercice de fonctions médicales.

Par un jugement du 21 juin 2019, le tribunal a fait droit à cette requête, en se fondant sur le premier alinéa de l'article L. 6152-77 du code de la santé publique, aux termes duquel : « Dans l'intérêt du service, le praticien qui fait l'objet d'une procédure disciplinaire peut être immédiatement suspendu par le directeur général du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière pour une durée maximale de six mois. Toutefois, lorsque l'intéressé fait l'objet de poursuites pénales, la suspension peut être prolongée pendant toute la durée de la procédure », et en accueillant l'exception d'illégalité tirée de ce que, au regard de ces dispositions, la mesure de suspension à titre conservatoire initiale du 14 novembre 2017 était illégale dès lors d'une part que la directrice de l'établissement n'était pas compétente pour suspendre Mme A et, d'autre part, qu'aucune procédure disciplinaire n'avait été engagée à son encontre.

Mais ce jugement a été annulé par un arrêt de la Cour administrative d'appel de Versailles du 10 juin 2020 au motif que la décision du 14 novembre 2017 n'avait pas été prise par la directrice, sur le fondement des dispositions précitées du code de la santé, mais « sur ses pouvoirs propres de chef d'établissement ». Saisie de l'ensemble du litige par l'effet dévolutif de l'appel, elle a ensuite jugé qu'en tout état de cause, le moyen tiré de l'illégalité de la décision du 14 novembre 2017 était inopérant à l'encontre de la décision du 18 mars 2018 et ajouté que la requérante ne pouvait se prévaloir de sa demande de reclassement pour solliciter l'annulation de la décision mettant fin à la suspension conservatoire et supprimant le versement de son traitement.

Mme A s'est alors pourvue en cassation contre cet arrêt. Toutefois, par l'arrêt étudié, le Conseil d'Etat, a rejeté ce pourvoi et apporté trois séries de précisions quant aux modalités de gestion de la situation administrative d'un praticien hospitalier faisant l'objet de poursuites

pénales, autour du principe qu'elles ne relevaient pas du régime des poursuites disciplinaires.

Ainsi, en premier lieu, le Conseil d'Etat a confirmé que la directrice de l'établissement disposait es qualité de chef d'établissement, d'un pouvoir de suspension qu'elle pouvait mettre en œuvre, indépendamment de sa qualité d'autorité disciplinaire.

En deuxième lieu, il a également validé le raisonnement des juges d'appel concernant l'exception d'illégalité, en considérant que la décision de suspension d'un praticien hospitalier à titre conservatoire qui a acquis un caractère définitif à l'expiration du délai légal de recours, ne peut être regardée comme formant une opération administrative unique avec la décision susceptible d'y mettre fin.

En troisième et dernier lieu, les juges du Palais-Royal ont parachevé le processus de séparation stricte des modalités de gestion de la situation administrative d'un praticien hospitalier poursuivi pénalement de celles d'un fonctionnaire suspendu à titre

disciplinaire, en écartant l'application des dispositions de l'article 30 de la loi Le Pors prévoyant dans ce dernier cas que le fonctionnaire puisse être affecté provisoirement dans un emploi compatible avec les obligations de son contrôle judiciaire ou, à défaut, être détaché d'office, à titre provisoire, dans un autre corps ou cadre d'emplois pour occuper un emploi compatible avec de telles obligations. Et en précisant en outre que : « aucun autre texte ni principe de droit ne faisant au surplus obligation à l'employeur d'un praticien hospitalier auquel une mesure de contrôle judiciaire interdit de poursuivre l'exercice de ses fonctions de médecin au sein de l'établissement de l'affecter dans d'autres fonctions ».

In fine, il ressort de cet arrêt, que les chefs d'établissements hospitaliers sont seuls compétents à l'exclusion du centre national de gestion (le CNG), pour fixer les conséquences d'une mesure de contrôle judiciaire assortie d'une interdiction d'exercer des fonctions médicales, visant un praticien hospitalier et qu'ils disposent dans ce cadre d'une importante latitude de décision.

PRATICIENS HOSPITALIERS

Procédure de recrutement

Un PU-PH affecté dans un service en vue de sa nomination prochaine comme chef de service peut-il être légalement nommé, titularisé et affecté sur un poste vacant dans ledit service, à la place d'un candidat postulant par voie de mutation ?

**CE 05 juillet 2022, Mme E,
req. n°448212**

Le Conseil d'Etat a, dans cet arrêt récent été amené une nouvelle fois à rappeler la priorité donnée, pour le

recrutement des PU-PH, aux demandes de mutation. La jurisprudence, fournit assez régulièrement des illustrations du non-respect de ce principe, dans l'ensemble des concours de recrutement des enseignants-chercheurs. Elle offre ainsi à constater que le droit de mutation présent de longue date dans la fonction publique de l'Etat reste difficile à assurer pour certains corps. La doctrine l'a déjà souligné à plusieurs reprises, s'agissant des universités, rappelant qu'il a été introduit dans les textes contre l'avis de la conférence des Présidents (cf. par exemple M-P Baudin-Maurin, *Le droit des enseignants chercheurs au rapprochement familial*, JCP A 2016,

p. 2024 et P. Juen, *Le rapprochement de conjoint des enseignants -chercheurs : un droit à distance*, AJDA 2017, p. 668). Lors de son congrès annuel de 2019, cette instance a une nouvelle fois plaidé en faveur d'une « plus grande liberté de recrutement et de gestion par les établissements, des carrières de ses personnels », relevant que « pour continuer d'attirer les chercheurs et les enseignants-chercheurs du meilleur niveau, il faut davantage et mieux reconnaître dans leur progression de carrière, leur investissement dans l'établissement, leur engagement pédagogique, leur capacité d'innovation ». Le même souci se pose s'agissant du recrutement des praticiens hospitaliers, alors que le taux de vacance statutaire avoisine les 30% selon le CNG, depuis 2019.

L'arrêt du 05 juillet 2022, attire l'attention sur une autre facette des questions de recrutement des PU-PH. Alors que la méconnaissance de la priorité donnée aux mutations est lourde de conséquences puisqu'elle entraîne l'annulation de la procédure de recrutement ainsi que celle de la ou des nomination(s) intervenues, il n'est pas rare de constater une succession d'annulations dans une même procédure de recrutement, et ainsi, une sorte de défiance à l'égard de l'autorité de la chose jugée qui s'attache aux décisions du Conseil d'Etat qui intervient en premier et dernier ressort (cf. par exemple CE, 25 février 2015, *Université de Nice Sophia-Antipolis, req n°374002 CE*, 17 octobre 2016, *Université Nice-Sophia Antipolis, req n°386400*).

Tel est précisément le cas dans cette affaire. Mme E, praticien hospitalier-professeur des universités, chef du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du centre hospitalier et universitaire de Rennes, a en effet postulé au titre de la mutation, une première fois sur l'emploi de professeur des universités-praticien hospitalier en pédopsychiatrie, addictologie, option pédopsychiatrie, au centre hospitalier et universitaire de Paris (UFR Paris V), Pôle pédiatrie générale et pluridisciplinaire, service pédopsychiatrie, hôpital Necker Enfants C ouvert au recrutement par arrêté du 23 janvier

2019. Toutefois, par une décision du 23 juillet 2019 la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation et la directrice générale du centre de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ont rejeté sa demande de mutation. Le Conseil d'Etat ayant annulé cette décision par une décision n° 434812 du 3 juillet 2020, le poste a été déclaré vacant et ouvert à la mutation au titre de l'année 2020, par arrêté du 28 janvier 2020.

La requérante a de nouveau présenté sa candidature toujours par voie de mutation, mais a essuyé un autre rejet en date du 22 juillet 2020 au motif que le conseil de gestion de l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine de l'université de Paris et la commission médicale d'établissement (CME) de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), avaient émis des avis défavorables respectivement le 13 mars et le 10 mars 2020. Mme E a alors déféré ensemble devant le Conseil d'Etat, en vue de leur annulation, cette décision de refus et le décret du 20 octobre 2020, nommant Mme A à ce poste.

Le Conseil d'Etat aux termes de l'arrêt précité a annulé la décision de rejet de la candidature de la requérante, au motif qu'elle est intervenue sur une procédure irrégulière, et par voie de conséquence, annulé également le décret du Président de la République du 28 octobre 2020 portant nomination, titularisation et affectation (enseignements supérieurs) en tant qu'il nomme et titularise, à compter de la date de son installation, en 2020, Mme A en qualité de professeur des universités-praticien hospitalier et l'affecte auprès du CHU de Paris (UFR de médecine Paris centre) DMU médecine de l'enfant et de l'adolescent, service pédopsychiatrie, hôpital Necker Enfants-Malades. Il a également enjoint à l'Etat de reprendre la procédure de recrutement sur cet emploi au stade du recrutement par voie de mutation, dans un délai de trois mois.

En droit, le Conseil d'Etat a fondé sa décision sur les dispositions des articles 60 et 51 du décret n°84-135 du 24

février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, alors en vigueur énonçant fermement qu'il « résulte de ces dispositions que les emplois de professeurs des universités-praticiens hospitaliers vacants sont pourvus par voie de mutation en vertu de l'article 60 du décret du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires avant, le cas échéant, d'être offerts au recrutement par concours en vertu des articles 61 et suivants du même décret, la liste définitive des postes ouverts au recrutement par concours ne pouvant être fixée qu'une fois les mutations prononcées ».

En fait, il a retenu que la candidate qui a été nommée sur le poste, praticien hospitalier au groupe hospitalier universitaire (GHU) Sainte-Anne, a été auditionnée, le 25 juin 2019, par le conseil restreint de la faculté de médecine de l'université de Paris. Toutefois, il s'est avéré qu'elle a ensuite commencé à exercer dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker dès le début du mois de février 2020, et que lors de son audition par le CNU, le rapporteur de sa candidature avait indiqué que l'intéressée avait été affectée dans ce service dans la perspective de sa prochaine nomination comme cheffe de service et que de plus, le curriculum vitae qu'elle a présenté au soutien de sa candidature le 22 juillet 2020 portait la mention suivante : « praticien hospitalier, service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker Enfants malades en vue d'une nomination comme chef de service en septembre 2020 ». Il en a déduit,

pour entrer en voie d'annulation, que « Ces circonstances, comme ce qu'elles révèlent, n'ont pu demeurer sans influence sur les positions prises par les membres de la formation du conseil restreint de l'UFR de médecine de l'université de Paris et de la CME de l'AP-HP lorsqu'ils ont délibéré sur la candidature de Mme E présentée pour pourvoir le poste en cause et sur le déroulement de la procédure dans son ensemble, d'autant que, conformément à ce qui a été dit au point 3, l'article 9 de l'arrêté du 28 janvier 2020, portant déclaration de vacance d'emplois de professeur des universités-praticien hospitalier offerts à la mutation et au recrutement au titre de l'année 2020 et fixant les modalités des candidatures, au demeurant publié au Journal officiel du 11 février 2020, prévoyait que " Les candidats dans une discipline dont un emploi au moins a été pourvu par voie de mutation sont avisés, par lettre individuelle, soit de la diminution du nombre d'emplois offerts, soit de la suppression du concours si l'ensemble des emplois offerts a été pourvu par voie de mutation. Dans ce dernier cas, la candidature est automatiquement annulée ". Et il a conclu : « *Alors que l'objet de la procédure organisée pour nommer dans les emplois offerts aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers est de pourvoir ces emplois, conformément à l'intérêt du service, dans le respect du principe d'égalité entre les candidats, la procédure qui a été suivie en l'espèce a été irrémédiablement viciée* ».

Par suite, la procédure de recrutement doit être entièrement reprise.

Fabrice DION,
Directeur d'hôpital

GOUVERNANCE

Instruction N°DGOS/DGCS/DSS/2022 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 et de l'arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de la crise sanitaire.

Les mesures principales, au plan RH, sont les suivantes :

- Faciliter le recrutement d'assistants de régulation médicale (ARM) pendant l'été,
- Rémunérer les médecins régulateurs au taux horaire de 100 € avec prise en charge des cotisations sociales,
- Optimiser le temps médical et augmenter les capacités de réponse à la demande de soins non programmés en ville,
- Encourager l'activité des professionnels de santé retraités,
- Attribuer, à titre dérogatoire et temporaire, un supplément de 15 € pour tout acte effectué par un médecin libéral à la demande de la régulation du SAMU/SAS pour un patient hors patientèle médecin traitant, dans la limite d'un plafond hebdomadaire,
- Favoriser et financer le déploiement des unités mobiles de télémédecine intervenant sur demande du SAMU/SAS,
- Simplifier la mise en application des protocoles de coopération entre professions de santé sous coordination médicale dans les territoires volontaires,
- Maintenir le recours à la dérogation exceptionnelle à l'éviction Covid des professionnels de santé,
- Accélérer le traitement des dossiers de validation des acquis de

l'expérience (VAE) pour les aides-soignants (AS)/auxiliaires de puériculture (AP),

- Afin d'accélérer le traitement des dossiers de validation des acquis de l'expérience (VAE) pour les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, la composition des jurys peut être adaptée jusqu'au 30 septembre 2022,
- les futurs infirmiers et aides-soignants ayant terminé leur formation, sont autorisés, à titre temporaire, à exercer dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (arrêté du 10 juin 2022),
- Autoriser les étudiants de 3ème cycle avec licence de remplacement à travailler à l'hôpital public,
- Simplifier et accélérer le traitement des dossiers des médecins titulaires d'un diplôme acquis hors de l'Union européenne,
- Autoriser le temps de travail additionnel (TTA) pour les docteurs juniors,
- Favoriser le recrutement de professionnels de santé libéraux qui acceptent de participer à l'activité hospitalière en plus de leur activité libérale,
- accélérer dans le cadre des accords locaux « Ségur » la titularisation des personnels non médicaux et de maïeutique en poste.

Décret n° 2022-903 du 16 juin 2022 relatif au Comité consultatif national de la fonction publique hospitalière

Le décret modifie le décret n°2016-1065 du 3 août 2016 relatif au Comité consultatif national de la fonction publique hospitalière, notamment en élargissant ses compétences ainsi qu'en instituant une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.

Ainsi, il se prononce également sur la lutte contre les discriminations » et un « Le comité consultatif national

débat chaque année sur la programmation de ses travaux. et La mise en œuvre des lignes directrices de gestion fait l'objet d'un bilan, sur la base des décisions individuelles, devant le comité consultatif national

Décret n° 2022-904 du 16 juin 2022 portant diverses dispositions relatives au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

le décret modifie le décret n°2012-739 du 9 mai 2012 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en instaurant une contribution financière pour l'acquisition de moyens informatiques et de téléphonie aux organisations syndicales pour chacun des sièges de représentant titulaire de l'instance. Il supprime les références à la commission des recours.

REMUNERATION

Décret n° 2022-1101 du 1er août 2022 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 ; Arrêté du 1er août 2022 fixant au titre de l'année 2022 les éléments à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat

Le décret prolonge, pour la mise en œuvre de la garantie en 2022, la période de référence qui est fixée du 31 décembre 2017 au 31 décembre 2021 pour l'application de la formule, servant à déterminer le montant de la garantie versée. Le taux de l'inflation ainsi que les valeurs annuelles du point à prendre en compte pour la mise en œuvre de la formule sont les suivants :

- taux de l'inflation : + 4,36 % ;
- valeur moyenne du point en 2017 : 56,2044 euros ;
- valeur moyenne du point en 2021 : 56,2323 euros.

Décret n° 2022-994 du 7 juillet 2022 portant majoration de la rémunération des personnels

civils et militaires de l'Etat, des personnels des collectivités territoriales et des établissements publics d'hospitalisation

Le décret, qui était attendu, suite aux annonces gouvernementales, augmente la valeur du point d'indice de la fonction publique de 3,5 % à compter du 1er juillet 2022. La valeur annuelle du traitement afférent à l'indice 100 majoré est ainsi portée à 5 820,04 euros à compter du 1er juillet 2022.

Décret n° 2022-954 du 29 juin 2022 portant indemnisation et majoration exceptionnelle des heures supplémentaires réalisées dans les établissements mentionnés à l'article L. 5 du code général de la fonction publique ; Arrêté du 29 juin 2022 portant indemnisation et majoration exceptionnelle des heures supplémentaires réalisées dans le cadre du dispositif de sur-majoration des heures supplémentaires prévu à l'article 15-1 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail 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

Le décret instaure de manière exceptionnelle et temporaire, pendant la période comprise entre le 1er juin et le 15 septembre 2022, une majoration de la rémunération des heures supplémentaires réalisées par les agents affectés dans les établissements mentionnés à l'article L. 5 du code général de la fonction publique. Cette majoration prend la forme d'un doublement de la rémunération de référence des heures supplémentaires. Ainsi, de manière dérogatoire et pour un temps limité, il est fait application d'un coefficient de 2,52 à compter de la première heure supplémentaire effectuée au cours de la période courant du 1er juin au 15 septembre 2022.

Arrêté du 29 juin 2022 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation du temps de travail additionnel des personnels médicaux et des gardes des personnels enseignants et hospitaliers exerçant en établissements publics de santé

Cet arrêté prolonge le dispositif d'indemnisation du TTA et des gardes réalisées entre le 1er juin et le 15 septembre 2022. Les majorations appliquées sur cette période, après validation du travail additionnel par le chef d'établissement, sont les suivantes : pour les personnels médicaux, statutaires et contractuels : 100%; pour les personnels enseignants et hospitalier : 40%.

Arrêté du 12 juillet 2022 portant majoration exceptionnelle des taux des indemnités horaires pour travail normal de nuit et de la majoration pour travail intensif dans la fonction publique hospitalière ; Arrêté du 12 juillet 2022 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation des gardes des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et des personnels enseignants et hospitaliers exerçant en établissements

Il a été prévu de majorer, pour l'été, l'indemnité de sujétion de nuit et des heures de nuit pour les personnels médicaux et non médicaux, en attendant l'ouverture d'une négociation sur la reconnaissance globale de la pénibilité. Cette mesure vise à reconnaître les contraintes attachées au travail de nuit et faire face aux difficultés de la période estivale et aux tensions anticipées sur l'offre de soins dans de nombreuses régions.

En application de ce texte, le taux de l'indemnité horaire pour travail normal de nuit passe de 0,17 euros à 0,34 euros. Le taux de la première majoration pour travail intensif passe de 0,90 euros à 1,80 euros. Le taux de la seconde majoration pour travail intensif passe de 1,26 euros à 2,52

euros. Les conditions d'attribution de ces indemnités sont inchangées.

Pour les personnels médicaux, l'indemnité de sujétion de garde est en parallèle majorée de 50 % pour les personnels médicaux des établissements publics de santé. L'ensemble de ces mesures s'appliquent du 1er juillet au 30 septembre 2022

CARRIERE

Instruction N° CNG/DGD/2022/179 du 20 mai 2022 relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article L. 5 du code général de la fonction publique, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2022

Il s'agit de la procédure annuelle d'évaluation des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2022-1043 du 22 juillet 2022 relatif à la formation et à l'accompagnement personnalisé des agents publics en vue de favoriser leur évolution professionnelle

Le décret définit les modalités de formation et d'accompagnement destinées à favoriser l'évolution professionnelle des agents publics. Il prévoit les aménagements destinés spécifiquement aux agents de catégorie C pour lesquels il organise la priorité d'accès aux actions de formation, renforce les droits relatifs aux congés de formation professionnelle et précise les conditions d'utilisation du congé de transition professionnelle.

Il définit par ailleurs, pour l'ensemble des agents publics, l'action de formation professionnelle. Il spécifie l'accompagnement personnalisé qui s'appuie sur une offre de services formalisée, en vue de soutenir les projets d'évolution professionnelle. Il définit le cadre d'usage du bilan de parcours

professionnel, introduit le plan individuel de développement des compétences et la période d'immersion professionnelle.

Ainsi, une action de formation est un parcours pédagogique concourant au développement des connaissances et des compétences et permettant d'atteindre un objectif professionnel. Elle est réalisée en présentiel, à distance ou en situation de travail.

Décret n° 2022-1122 du 4 août 2022 modifiant diverses dispositions relatives aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie ; Arrêté du 4 août 2022 modifiant l'arrêté du 30 juin 2015 relatif aux modalités d'élaboration et de transmission des tableaux de service dédiés au temps de travail des internes ; Arrêté du 4 août 2022 modifiant l'arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé

Le décret et ses arrêtés d'application concernent les conditions de travail des internes et docteurs juniors. Le décret instaure un relevé mensuel des obligations de service réalisées par les internes. Il précise diverses dispositions relatives au statut des internes et au statut des docteurs juniors. En particulier, il étend le régime indemnitaire spécifique des internes affectés en outre-mer aux internes en pharmacie et odontologie et il actualise les dispositions relatives à la rémunération des étudiants en année recherche.

Le décret élargit statut de docteur junior aux étudiants de 3e cycle réalisant un diplôme d'études spécialisées de pharmacie hospitalière. Il clarifie les dispositions relatives à certains congés familiaux au bénéfice des docteurs juniors et simplifie la procédure pour leur participation au service des gardes et astreintes médicales. Il prévoit le

changement de subdivision, de région ou d'interrégion pour motif impérieux aux étudiants de troisième cycle long en pharmacie. Enfin, il précise la durée maximale d'absence autorisée pour valider un stage annuel d'un étudiant.

Arrêté du 27 juillet 2022 relatif aux vacances des étudiants de médecine pour la réalisation des activités d'assistant de régulation médicale dans les centres de réception et de régulation des appels des SAMU centre 15 et du service d'accès aux soins

Cet arrêté prévoit, qu'en dehors de leur parcours de formation, les étudiants inscrits en formation de médecine ayant validé la troisième année du premier cycle peuvent être employés à titre temporaire par les établissements de santé pour réaliser des activités d'assistant de régulation médicale dans un centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) d'un service d'aide médicale urgente (SAMU) et du service d'accès aux soins (SAS). Ils suivent une formation d'une durée minimum de cinq jours par un assistant de régulation médicale diplômé. Les étudiants ainsi employés agissent sous la responsabilité du médecin régulateur et en présence d'au moins un assistant de régulation médicale diplômé. Un contrat de vacation ou un contrat à durée déterminée est signé au plus tard le deuxième jour de travail par l'étudiant et le directeur de l'établissement employeur.

Mission Flash sur les urgences et soins non programmés.

Mission pilotée par François Braun, juin 2022. 60 p.

« La crise que vivent actuellement les services d'urgence n'est que la partie émergée d'une crise structurelle plus profonde qui touche l'ensemble de la réponse aux besoins de soins urgents et de soins non programmés et plus largement l'ensemble de notre système de santé. Acutisée par des pénuries de personnels médicaux et non médicaux au sein de l'hôpital, conséquence indirecte de la pandémie de Covid-19, cette crise atteint des proportions qui peuvent mettre en danger dès cet été la permanence et la continuité des soins. »

S'inscrivant dans la continuité des rapports Grall puis Carli Mesnier, ce nouveau rapport élaboré par le président de SAMU Urgences France, qui n'était pas encore ministre de la santé, a été commandé alors que se profilait un été qui ne pourrait pas maintenir les urgences ouvertes, dans un contexte de besoin de soins renforcés par la pandémie du COVID et de carence de l'offre alternative dans certains territoires désertifiés. L'équation était donc complexe et a donné lieu à des propositions plutôt concrètes et fédératrices.

Les rapports antérieurs avaient démontré un recours anormal aux SAU comme étant la seule offre de soin disponible, bien qu'inadaptée aux besoins exprimés. Le présent rapport entérine cette inadaptation (qui se traduit par une pression excessive sur les SAU et un surcoût pour le système) et pose le principe d'une mobilisation prioritaire des parcours de ville en évitement des SAU. L'orientation des patients vers une offre disponible et adaptée, qui est l'objet du SAS actuellement en expérimentation et décliné en SAS psychiatrie, est la première brique. Pour qu'elle soit fonctionnelle, il convient « d'optimiser le temps médical et d'augmenter les capacités de réponse à la demande de soins non programmés en ville » en s'appuyant « sur l'ensemble des professionnels de santé libéraux d'un territoire ». Ces principes semblent assez évidents, mais la capacité de mobilisation de professionnels saturés, parfois insuffisants et qui ont fait le choix d'un exercice libéré des contraintes hospitalières reste douteuse.

L'idée est donc de mieux graduer l'offre, afin de réserver les ressources des SAMU, SMUR et SAU aux situations d'urgence avérée, et ce faisant d'améliorer l'attractivité et la fidélisation des personnels médicaux et non médicaux qui y travaillent, via une meilleure reconnaissance professionnelle et des mesures salariales renforcées.

Enfin, la fluidification de l'aval doit permettre un correct turn over des patients, sans épuiser les SAU par la recherche de places d'hospitalisation. La question capacitaire est au cœur de cette problématique, via le bed management, mais qui se heurte aujourd'hui aux lits fermés faute de personnels pour les administrer. Les alternatives à l'hospitalisation sont valorisées (HAD, EHPAD en post crise) et intégrées à une régulation régionale de l'aval placée sous l'autorité de l'ARS.

AGENDA

Rencontres RH de la Santé Attractivité, fidélisation et politique salariale

Du 29 au 30 septembre, Marseille

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 325,00 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

W152

**1 an, 11 numéros papier
+ 1 accès numérique
+ base d'archives sur
www.sante-rh.fr
au prix de **325 € 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 2022 au 31 Décembre 2022.