



Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière



Ministère du travail,
de l'emploi et de la santé

RAPPORT SUR LA MODERNISATION DE LA POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Danielle TOUPILLIER

Directrice générale
du Centre national de gestion
des praticiens hospitaliers et
des personnels de direction de la FPH

Michel YAHIEL

Inspecteur général des affaires sociales
Président de l'Association nationale des directeurs
des ressources humaines (ANDRH)

SOMMAIRE

Introduction	Pages 3 à 7
Partie 1 : Donner du sens	Pages 7 à 30
1.1 - Partager les enjeux	Page 8
1.2 - Associer les personnels	Pages 9 et 10
1.3 - Positionner les cadres	Pages 10 à 13
1.4 - Clarifier les rôles sur une base coopérative	Pages 13 à 28
1.5 - Combiner les temps	Pages 28 et 29
1.6 - Manager les managers	Pages 29 et 30
Partie 2 : Faire le pari de l'autonomie	Pages 31 à 48
2.1 - Coopérer à tous les échelons	Pages 31 et 32
2.2 - Substituer régulation stratégique à gestion de flux	Pages 32 à 34
2.3 - S'engager dans le bon usage du contrat	Pages 35 et 36
2.4 - Intensifier la vie des instances et les relations avec les partenaires sociaux	Pages 37 à 46
2.5 - Répondre au besoin d'une administration centrale et régionale éclairée et compétente	Pages 46 à 48
Partie 3 : Outiller et appuyer la fonction ressources humaines	Pages 49 à 56
3.1- Doter le secteur hospitalier d'une « vision RH »	Pages 49 à 51
3.2 - Consolider la fonction et la filière RH	Pages 51 à 53
3.3 - Conforter les gestionnaires	Pages 53 et 54
3.4- Favoriser la diffusion d'outils adaptés	Pages 54 à 56
Conclusion	Page 56
Synthèse des recommandations	Pages 57 à 61
Annexes (7 annexes dont 1 composant le volume II du présent rapport)	Pages 62 à 133

INTRODUCTION

La problématique de modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé s'inscrit dans un contexte général en forte évolution, caractérisé par une série de défis :

- ⇒ Répondre aux attentes nouvelles des patients liées à la transformation de la société,
- ⇒ Respecter la place des patients dans le système de santé,
- ⇒ Prendre en compte le vieillissement de la population,
- ⇒ Observer et anticiper les problématiques de santé publique,
- ⇒ Intégrer le développement de pathologies chroniques et de polyopathologies,
- ⇒ S'adapter aux évolutions scientifiques et technologiques,
- ⇒ Développer la recherche et l'innovation.

Dans ces conditions, le système hospitalier doit être en même temps ambitieux dans la politique engagée, adapté dans l'organisation des soins mise en place, performant et sécurisant pour les patients et attractif pour l'ensemble des professionnels de santé.

Vivre et travailler en collectivité hospitalière nécessite un haut degré d'engagement car il faut savoir en permanence s'associer, s'articuler, se substituer, se compléter mais aussi s'enrichir mutuellement.

Dans un contexte exigeant, il est nécessaire de concilier ou de réconcilier des intérêts différents et des attentes parfois contradictoires.

Le système de santé cherche à assurer la prise en charge des patients dans des conditions optimales de qualité et de coûts.

Les patients aspirent, quant à eux, à bénéficier d'une prise en charge précoce à la fois rassurante et efficace, à ce que le temps d'attente pour consulter les spécialistes soit le plus court possible et que les professionnels de santé soient compétents et en nombre suffisant pour être à leur écoute et performants dans les soins dispensés.

Les institutions veulent, pour leur part, s'appuyer sur des professionnels qualifiés, efficaces et disponibles pour assurer la continuité et la qualité des soins, optimiser les organisations dans une logique de complémentarité et/ou de substitution et enfin, développer des pratiques en soins combinant compétences médicales, paramédicales, socio-éducatives, administratives et techniques.

Ainsi, la modernisation de la gestion des ressources humaines des établissements publics de santé procède-t-elle d'un double impératif :

- ⇒ Répondre aux défis spécifiques d'une organisation publique, massive quoique relativement disséminée sur le territoire, mais surtout largement fondée sur une approche statutaire de ses personnels et une gestion des effectifs qui laissent globalement peu de place à des démarches de développement des ressources humaines et à de véritables pratiques managériales,

⇒ Prendre en compte et accompagner au mieux une série de réformes et de changements ⁽¹⁾ probablement sans précédent depuis les années 60, dont la réussite passe au premier chef par la mobilisation des professionnels de toutes les catégories.

Sous chacun de ces angles, sont décelables autant de leviers d'amélioration et de progrès que de contraintes, voire d'obstacles pour les atteindre.

Pour ce qui concerne l'ancrage des établissements dans la Fonction publique, il est ainsi possible tout à la fois d'y voir l'une des valeurs clé d'appartenance des personnels hospitaliers, qui ont conscience de faire partie d'un service public au sens plein et entier - d'ailleurs très favorablement reconnu par le corps social pour son excellence professionnelle - et une cause récurrente de freins au changement, qu'il s'agisse des difficultés à valoriser les agents les plus engagés, à conduire un dialogue social authentique ou à dessiner des projets collectifs là où l'essentiel de la gestion des personnels conserve un caractère administratif et individuel.

D'ailleurs, le hiatus est fréquemment mis en avant, qui oppose une culture de l'urgence très caractéristique de l'organisation hospitalière et un corpus de règles potentiellement paralysantes, que ce soit en matière de gestion des personnels, de procédures de marché ou de circuit de la dépense publique. Si les mêmes traits se retrouvent dans de nombreuses organisations du même type à l'étranger, force est de constater que la gestion publique française demeure l'un des modèles les moins souples, encore largement prégnant, même si d'évidence, les obstacles statutaires n'expliquent pas tout.

Il en va de même des réformes. La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), la nécessité croissante de maîtriser les coûts et les budgets, ont assurément permis de diffuser assez largement l'exigence de la performance médico-économique et dans le même temps, à l'image du développement des systèmes d'information, pris une place croissante que certains considèrent comme excessive, y compris les soignants.

Dans un autre ordre d'idées, la mise en place des pôles d'activité tend à la fois à favoriser des rationalisations internes, à renforcer le dialogue en particulier entre praticiens, cadres supérieurs et cadres de santé et responsables administratifs, tout en créant de nouveaux espaces de projet. Mais ce mouvement, en introduisant de nouvelles approches matricielles, tend aussi à perturber au moins partiellement l'organisation, si ce n'est à supprimer des repères qui n'ont pas encore trouvé de substitut durable.

Plus encore, le rythme ⁽²⁾, l'ampleur et la combinaison de ces évolutions ⁽³⁾ en ont évidemment renforcé les effets au cours des dernières années, de quelque manière qu'ils soient ressentis par les acteurs de l'institution, au demeurant nombreux et très segmentés.

(1) Outre les 41 textes législatifs successifs de 1991, 1996, 2005 et 2009, la mise en œuvre des 35 heures, les différents protocoles ministériels et les plans de retour à l'équilibre étant les plus fréquemment cités, quels que soient les interlocuteurs.

(2) A l'exemple de l'organisation en pôles, dont la montée en charge après la réforme de 2005, doit être largement « remise en ligne » avec les innovations importantes introduites par la récente loi HPST. Dans une certaine mesure, il en va de même pour le passage des conseils exécutifs aux directoires.

(3) Les similitudes avec des milieux sous tension, dans l'industrie, sont assez frappantes : les politiques de ressources humaines doivent y concilier des restructurations lourdes, surtout en période de crise, les processus habituels de GRH (recrutement, formation, paie, santé au travail, ...) et des dimensions nouvelles, de type sociétal, prenant aujourd'hui une place croissante : emploi des seniors, handicap, risques psychosociaux, égalité professionnelle, diversité (sujets sur lesquels la Fonction publique est en général singulièrement en retrait) en raison notamment du mode principal de recrutement.

S'agissant des règles et principes de la Fonction publique, en particulier de la Fonction publique hospitalière (FPH) dont l'approche par corps est particulièrement caractéristique (4), la mission a pris le parti de ne pas ériger en préalable des évolutions juridiques majeures. Sa vocation n'était naturellement pas de fournir une définition de la gestion des ressources humaines, pas davantage que de se concentrer sur d'éventuelles modifications de textes voire de fournir un catalogue de mesures « clés en mains », qui ferait peu de cas de l'autonomie des établissements.

D'abord car tel n'était pas l'objet de la saisine. Ensuite, parce que les règles de parité entre les trois Fonctions publiques assignent à toute modification substantielle dans un secteur des implications dans les deux autres, dépassant donc très largement le cadre de la présente réflexion. Enfin, et surtout, dans la mesure où des marges de manœuvre existent déjà dans plusieurs compartiments de la gestion des ressources humaines (GRH), renforcées par de récentes réformes, dont les responsables de terrain pourraient sans doute s'emparer davantage, sans nécessairement qu'il soit indispensable de procéder à des modifications réglementaires (5).

Pour autant, il importe de repérer les goulets d'étranglement, les biais organisationnels, les lacunes en moyens humains et techniques, dont la résolution, au moins partielle, pourrait débloquent certaines situations et, plus simplement, améliorer l'efficacité globale du système, entendu ici comme la conciliation entre production de soins de qualité, maîtrise des dépenses mais aussi, évidemment à même niveau d'exigence, dans un bon climat social interne et un cadre managérial favorable. Cette nécessité transcende les différences de contexte pourtant majeures qui distinguent les établissements, selon leur taille, leur localisation et, bien entendu, leur activité, avec ici les forts particularismes de la psychiatrie (6).

Les défis sont en effet considérables. Comme l'a rappelé un récent rapport de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (7), si les effectifs sont passés de 702 000 en 1986 à 956 000 en 2007 (équivalents temps plein), soit une hausse de plus d'un tiers, 300 000 départs à la retraite devraient intervenir dans les prochaines années au sein des personnels hospitaliers.

S'agissant du corps médical, qui compte désormais plus de 40% de femmes, l'âge moyen des praticiens dépasse 51 ans, tandis que le taux de vacance statutaire (8) dans ces catégories s'élève à plus de 22% pour les emplois à temps plein (soit une nouvelle progression de 2 points en un an d'après le rapport d'activité du CNG pour 2009).

Parmi les nombreuses autres dimensions caractérisant l'impératif d'une gestion des ressources humaines active, le même rapport de la MECCS rappelle à juste titre que moins de la moitié des personnels travaille désormais sur la base d'horaires fixes.

(4) Ainsi la NBI y a-t-elle été instituée par exception pour des corps entiers et non directement sur la base d'une approche métiers ou fonctions.

(5) Certains interlocuteurs, en particulier la Conférence des Directeurs généraux de CHU soulignent toutefois le rôle des comptables publics dans le contrôle du respect de la réglementation, qui en ont « souvent une lecture plus littérale que l'administration hospitalière ».

(6) Cf. Rapport IGAS sur la gestion et l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie, Hélène STROHL, Jean-Paul BASTIANELLI, Gérard LAURAND et Christian PLANES-RAISENAUER (juillet 2007)

(7) Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECCS) : «Hôpital public, mieux gérer pour mieux soigner», rapport d'information n°2556, juin 2010

(8) Postes médicaux non pourvus par des praticiens hospitaliers titulaires ou en période probatoire (stage) mais pouvant être pourvus provisoirement par des praticiens contractuels.

Autrement dit, le besoin d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'a jamais été aussi patent dans ce secteur, de même que la prise en compte de formes de travail où la pénibilité peut se manifester sous diverses formes ⁽⁹⁾.

Par ailleurs, la césure statutaire entre corps médical et personnels hospitaliers se situe sans doute à l'intersection des questions de droit et de pratiques organisationnelles, avec des implications très précises par exemple en matière de gestion des temps de travail. S'il n'apparaît pas réaliste de plaider à court terme pour un alignement plein et entier des deux familles professionnelles, on peut penser par exemple que leur pilotage unique, sous l'égide des DRH, serait déjà réducteur de complexité, comme on peut l'observer dans les établissements qui ont fait ce choix, en tout cas celui d'un pilotage stratégique homogène.

S'agissant des réformes, le parti adopté consiste, bien évidemment, à s'appuyer sur leur mise en œuvre opérationnelle ⁽¹⁰⁾ afin tout à la fois de contribuer à leur réussite (on pense singulièrement à la montée en puissance des pôles d'activité) et d'y puiser des facteurs de progrès en matière de pilotage des ressources humaines sous toutes ses formes. Les nombreux acteurs rencontrés par la mission, en dépit de positionnements diversifiés sur certains aspects de ces réformes, mettent en avant le même leitmotiv de la nécessaire réussite des pôles d'activité (cf. constats de la mission IGAS conduite par Guy Vallet et Hayet Zeggar ⁽¹¹⁾).

Compte tenu de l'ampleur des questions soulevées par la lettre de mission de la Ministre de la Santé et des Sports en date du 17 mai 2010 ⁽¹²⁾, la mission a fait le choix du pragmatisme, consistant à ne pas viser une approche exhaustive des défis soulevés en matière de GRH dans ce secteur, surtout dans les délais impartis, mais à tenter de tracer quelques voies de progrès prioritaires, afin d'améliorer le « service rendu » aux principaux destinataires d'une politique de ressources humaines : les personnels.

A cette fin, elle s'est appuyée sur une triple démarche.

En premier lieu, une série d'entretiens a été conduite avec les principales parties prenantes, en particulier les représentants institutionnels et les organisations syndicales ⁽¹³⁾.

Par ailleurs, un groupe de travail aussi complémentaire que possible a été constitué, qui a tenu quatre séances plénières au fur et à mesure de l'avancée des réflexions ⁽¹⁴⁾.

Enfin, une enquête a été lancée avec l'appui du CNG, auprès de 310 établissements et d'un potentiel de 10 000 agents de toutes catégories professionnelles, complétée par deux études ciblées, l'une auprès de DRH regroupés dans l'ADRHESS, l'autre via l'ANAP auprès d'une centaine de praticiens chefs de pôle ⁽¹⁵⁾.

Au terme de ses travaux, la mission considère que la GRH hospitalière est aujourd'hui confrontée à trois séries de besoins, de nature transversale :

(9) selon ce même rapport « le déficit de dialogue social et la tendance à l'intensification du travail peuvent générer du stress et de la souffrance au travail, voire des situations de burn out »

(10) La loi ayant déjà suscité plus de 140 textes d'application dont 8 ordonnances

(11) Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, rapport public, février 2010

(12) cf. Annexe 1 du présent rapport

(13) Le syndicat Sud ayant toutefois décliné l'invitation, considérant que la démarche « se soucie plus de la gestion rentable des établissements de santé que de la qualité de vie des professionnels qui y interviennent » (lettre du 16 juillet 2010)

(14) cf. Annexe 2 du présent rapport

(15) cf. Annexe 4 du présent rapport

- Recherche de « sens », ce qui la rapproche des dynamiques constatées dans toutes les entreprises complexes, publiques comme privées,
- Volonté d'une véritable autonomie, dans un cadre en pleine mutation, puisque les règles concernant le personnel demeurent par définition nationales, la tutelle devenant très fortement ancrée au niveau régional (ce qui, compte tenu de l'impact budgétaire de la masse salariale, est un élément de contexte central), tandis que les actes du quotidien se prennent au plus près des établissements, voire à un niveau de plus en plus proche du terrain,
- Nécessité d'outils et de procédures adaptés, y inclus un accompagnement professionnel des managers et des responsables en charge de la fonction ressources humaines, dans un contexte désormais fortement territorialisé.

1. Donner du sens

A première vue, l'hôpital ne manque pas de légitimité de positionnement et moins encore d'identité professionnelle, laquelle rejaillit traditionnellement sur l'ensemble des équipes et ceux qui les composent. Les valeurs soignantes, la place dévolue aux patients, la réactivité, sont autant de valeurs socles qui paraissent, dans ce milieu, relativement intangibles. Plus précisément, l'hôpital étant le siège de changements fréquents et se devant de s'adapter en permanence, notamment aux besoins des patients et à l'évolution des connaissances, des techniques et des modes de prises en charge, les problématiques organisationnelles y sont d'ordre presque naturel, ce qui constitue un socle précieux.

Les 4817 réponses exploitables obtenues au questionnaire ⁽¹⁶⁾ fournissent, à cet égard, l'image d'une perception assez claire et partagée des enjeux. D'une part, la définition d'une politique des ressources humaines, présentée comme devant « servir à la fois la qualité des soins et une meilleure efficacité, notamment sur le plan des coûts », est perçue favorablement par plus de 80% des répondants, ceci pour toutes les catégories, avec un léger fléchissement pour la filière socio-éducative. De même, l'impact de la mise en place des Agences régionales de santé (ARS), de la création des pôles et de la réforme « Licence, Master, Doctorat » (LMD), sur l'amélioration ou la modernisation de la gestion des ressources humaines (GRH), est considéré positivement, à hauteur de 60,3%, 68,1% et 57,7% respectivement.

L'analyse réalisée par typologie d'établissements confirme cette position, à l'exception des centres spécialisés en psychiatrie pour lesquels ces trois réformes semblent avoir un moindre impact sur la politique des ressources humaines.

La prise en compte des statuts ou fonctions exercées met en évidence une étroite relation entre le positionnement des professionnels interrogés (président de CME, chef de pôle, directeur chef d'établissement, DRH, directeur des soins) et l'impact ressenti des réformes (ARS, pôles, LMD).

Ainsi, alors que les présidents de CME considèrent que la mise en place des ARS n'est pas une réforme majeure pour la dynamique de la politique des ressources humaines, les autres praticiens y sont plus sensibles.

(16) Cf. volume II annexé au présent rapport (cf. pages 10 à 20)

A l'inverse, si les présidents de CME plébiscitent l'organisation de l'hôpital en pôles et se révèlent intéressés par la mise en place du LMD, les autres praticiens sont plus nuancés.

Les directeurs chefs d'établissement rejoignent, quant à eux, la position exprimée par les présidents de CME s'agissant de l'influence de la création des ARS et de l'organisation en pôles sur la gestion des ressources humaines tandis que les autres directeurs (directeurs des ressources humaines et directeurs des soins) ont tendance à se rapprocher de la perception exprimée par les autres praticiens.

1.1 Partager les enjeux

Nulle organisation ne peut se révéler efficace dans la durée si elle ne sait pas, ne veut pas ou ne fait pas partager ses enjeux.

C'est en traçant la voie, en l'expliquant, en l'adaptant et en la faisant vivre que l'hôpital peut trouver le mieux sa place dans le territoire de santé.

Il est en effet important de rappeler les grands principes qui sous-tendent la création et l'avenir d'un établissement public :

- ✓ Principe d'autonomie (administrative, juridique et financière),
- ✓ Principe de spécialité (prise en charge sanitaire, médico-sociale et/ou sociale),
- ✓ Principe d'adaptation (développement d'activités, reconversion et réorganisation institutionnelle, restructuration d'établissements en cohérence avec les politiques nationales, régionales, voire départementales).

Le contexte actuel d'évolution hospitalière confirme l'importance en particulier de ce dernier principe.

Fort de ses professionnels formés, qualifiés et expérimentés, l'hôpital peut s'enorgueillir d'une capacité d'action et d'adaptation forte et efficace.

C'est pourquoi, tous ceux qui participent à la fonction ressources humaines doivent, chacun à leur niveau, être à l'écoute et capter les sources de progrès détectables par le plus grand nombre de professionnels.

Agissant dans le cadre du service public hospitalier et au nom de l'intérêt général, il importe qu'ils en promeuvent la valeur, avec force et conviction, au travers des missions et des activités qu'ils soutiennent par leur action, quotidiennement.

C'est dans le cadre d'un management aussi ascendant que descendant, alliant la gestion de proximité à la démarche stratégique que les personnels apprendront, comprendront et s'inscriront encore davantage dans la vie de l'hôpital.

Recommandation n° 1 : Soutenir la stratégie des ressources humaines dans un objectif de valorisation du service public hospitalier, véritable moteur de leur engagement et de leur action, en s'appuyant notamment sur un management de proximité (chefs et cadres de pôle).

1. 2 Associer les personnels

En tout état de cause, le secteur hospitalier n'est pas à l'abri des évolutions constatées ailleurs dans le monde du travail, ceci dans la plupart des pays industrialisés, à commencer par une forte aspiration, dans un monde globalisé et de plus en plus soumis aux impératifs techniques, à une approche individualisée des personnels et à une reconnaissance professionnelle de chacun (17).

Cette tendance est probablement alimentée par une évolution profonde du rapport au travail, que démontrent de nombreux travaux récents. Elle n'est pas l'apanage des jeunes générations.

Or, sur un plan général, aucun des grands mouvements récemment engagés à l'hôpital, en particulier les réformes de portée financière (T2A) ou organisationnelle (nouvelle gouvernance) n'ont, du moins officiellement, comporté un véritable volet relatif à la gestion des personnels, au-delà bien sûr d'évolutions statutaires (18), puisque les principaux sujets traités renvoient par construction aux structures et non aux hommes.

Certes, tel n'était pas leur objet, notamment dans le premier cas. Mais, dans la mesure où l'importance même de ces évolutions ne pouvait pas ne pas avoir d'impact majeur et très concret sur les organisations, ce hiatus a sans doute été assez largement ressenti, au point de créer des inquiétudes, dans un contexte déjà rendu incertain par la crise et le climat lié à la dégradation des finances publiques. L'absence parallèle de dimension directement liée au fonctionnement du dialogue social local a clairement accentué cet effet de « distance ».

Un tel manque « symbolique » semble notamment avoir été fortement ressenti parmi les cadres de santé, sans omettre l'inévitable recherche de « positionnement » de certains responsables au regard de l'attention portée à d'autres par le législateur. Ainsi, la présence de droit des directeurs des soins au sein des nouveaux directoires a suscité des réactions dans la communauté des DRH, alors même que l'organisation polaire et les pouvoirs importants dévolus aux chefs de pôle rendent pour le moins incertaine leur place exacte dans la nouvelle gouvernance.

Au sein d'un univers aussi vaste et compartimenté, ces forces centrifuges ont un caractère inéluctable. Encore convient-il d'en tenir compte, de ne pas se situer dans le déni, afin de les maîtriser et, le cas échéant, d'en relativiser la portée car aucune réforme ne peut réussir sans les hommes et les femmes qui accompagnent la performance du système de santé.

En tout état de cause, il est essentiel d'associer les personnels, de leur faire partager les enjeux, de fixer les règles du jeu pour que chacun, quel que soit son grade, se sente partie prenante dans le présent et l'avenir de l'hôpital.

Ceci suppose de construire une communication simple, rapide, régulière et suffisante pour que les faits marquants de la vie et les perspectives de l'institution soient connus, compris et appropriés par le plus grand nombre d'agents, notamment au sein des pôles (cf. infra recommandation 12).

(17) Le professeur Jean-Pierre Brun évoque ainsi la reconnaissance « existentielle » comme la demande majeure des salariés, avant celle du travail et de ses résultats.

(18) En particulier les protocoles qui prévoyaient des évolutions statutaires pour les directeurs d'hôpital (statut du 2 août 2005) et pour les praticiens hospitaliers (statut du 5 octobre 2006 modifié par le décret du 29 septembre 2010) ainsi que le protocole d'accord conclu le 2 février 2010, qui prévoit notamment des revalorisations indiciaires pour l'ensemble des filières : personnels infirmiers et paramédicaux, cadres hospitaliers, personnels administratifs, techniques, ouvriers et socio-éducatifs.

C'est en s'inscrivant dans une démarche collective, soutenue, que chacun apprendra à se positionner individuellement, à se sentir impliqué dans la performance institutionnelle, solidaire d'une chaîne de compétences professionnelles qui garantira la prise en charge optimisée des patients, de leurs familles et de tous ceux qui gravitent autour de l'hôpital ou participent directement à son activité.

Il n'y a pas en effet meilleur promoteur de l'hôpital que tous les professionnels qui y vivent et y travaillent ainsi que tous ceux dont l'activité en dépend : professionnels de santé hospitaliers ou libéraux, autres responsables institutionnels, partenaires des sociétés extérieures, collaborateurs divers de l'établissement, se mobilisent naturellement pour porter et soutenir ses intérêts.

Dans cette stratégie d'information et de communication, il importe aussi d'accorder, sur les questions de ressources humaines, une place particulière tant aux médias destinés au grand public qu'à la presse professionnelle spécialisée de proximité, pour valoriser la stratégie et la pertinence institutionnelles, mais surtout l'engagement et l'efficacité des professionnels médicaux et hospitaliers, quel que soit leur grade ou leur positionnement dans l'institution.

Recommandation n° 2 : Développer une communication interne et externe, simple, rapide et régulière autour des valeurs de service public, porteuses de cohésion interne et d'engagement collectif et individuel, pour assurer la promotion de l'hôpital par les personnels eux-mêmes.

Associer les personnels, c'est aussi, les écouter, décoder leurs besoins, mais aussi les considérer et les valoriser au quotidien.

C'est un rôle essentiel que doivent tenir les cadres de proximité dans le travail partagé, en réservant dans l'année un temps privilégié à chacun, celui de l'évaluation, qui permet de confronter les regards, de se mettre d'accord sur des objectifs convenus et de mesurer les attentes.

Pour répondre aux souhaits exprimés par les personnels dans le cadre de l'enquête nationale, il est aujourd'hui essentiel de substituer une véritable culture de l'évaluation à la logique actuelle de notation, à l'instar de ce qui est mis en œuvre pour les directeurs de la fonction publique hospitalière. Ceci suppose une formation d'accompagnement des évaluateurs et des évalués pour bien comprendre les enjeux, préciser le sens de cette évolution fondamentale et définir les modes opératoires.

Recommandation n°3 : Appuyer et valoriser les personnels au travers des chefs de pôle (personnels médicaux et hospitaliers) et des cadres (personnels hospitaliers), en s'appuyant sur l'évaluation.

1.3 Positionner les cadres

Le réflexe du « où allons-nous ? » a été rendu plus perceptible encore par la grande diversité des positions statutaires, singulièrement entre les praticiens d'une part, et l'ensemble des personnels relevant de la Fonction publique hospitalière de l'autre, qui peinent de ce fait à s'envisager mutuellement dans une communauté de destins, d'autant que les tensions en termes de recrutement, si elles restent partout assez vives, ne concernent pas identiquement les deux familles professionnelles, selon les régions, les territoires, voire les établissements.

Dans une moindre mesure, la dichotomie, parmi les « cadres », entre directeurs et praticiens hospitaliers, désormais gérés par le CNG ⁽¹⁹⁾ et les autres catégories, est aussi fortement ressentie, ce rattachement présentant, inévitablement, une dimension « distinctive », à l'instar de celui, récent, des directeurs des soins.

Ainsi, les attentes manifestées par l'encadrement intermédiaire, dont la mission de Chantal de Singly ⁽²⁰⁾ a mis en évidence l'ampleur et la complexité, ont évidemment une portée d'autant plus sensible qu'à l'instar des réalités de toute grande organisation, ces responsables opérationnels, le plus souvent fort investis dans les réformes, ne sont guère susceptibles d'entraîner leurs équipes ⁽²¹⁾, s'ils sont eux-mêmes traversés par le doute, en manque de reconnaissance, voire simplement enclins à l'attentisme. En évoquant une « gestion des ressources humaines au fil de l'eau », la mission précitée de l'IGAS relative à la GRH en psychiatrie formulait un constat applicable à bien d'autres situations.

Accompagner les évolutions, parfois les restructurations, qui peuvent prendre plusieurs formes, depuis des plans de retour à l'équilibre et des évolutions internes, jusqu'à des recompositions plus larges de l'offre de soins, suppose d'en saisir les enjeux, de négocier des bons sujets dans les bons espaces de dialogue social, de disposer des leviers adéquats, à commencer par des équipes bien préparées à l'exercice.

Ces conditions sont rarement réunies. Or, une telle situation prive non seulement les gestionnaires d'opportunités utiles et d'atouts pour avancer mais peut même, loin de les aider à traiter des problèmes parfois lourds de conditions de travail, de mal être et de stress, tendre à les aggraver ⁽²²⁾. En l'occurrence, on doit aussi souligner qu'une équipe dotée d'une GRH solide dans ses méthodes et ses process, pourra toujours mieux relever ce genre de défis nouveaux qu'une autre, moins assurée dans ses fondamentaux. Pour autant, même les organisations les plus robustes requièrent ici des ajustements et des soutiens.

Véritables pivots des organisations administratives, soignantes, socio-éducatives, techniques et ouvrières, les cadres supérieurs et cadres sont au centre de tous les enjeux et maîtres d'œuvre associés au changement.

C'est d'eux dont dépend la performance quotidienne pour faire en sorte que chaque agent ait envie de se sentir utile, solidaire et donner le meilleur de lui-même.

Dans cet univers en profonde transformation, il faut les resituer dans le paysage institutionnel et dans la dimension ressources humaines qui est au cœur de leur action.

Ainsi, il paraît légitime de fixer de nouvelles règles du jeu et de leur donner les moyens d'agir avec efficacité et dans la confiance.

(19) Y compris désormais les directeurs des soins

(20) Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, présenté par Chantal de Singly, Ministère de la Santé et des Sports, Septembre 2009

(21) Ceci reflétant une évolution des organisations, bien mise en lumière par Henri MITZBERG, (22) Professeur à l'Université Mc Gill de Montréal, selon lequel, à tous les niveaux de l'encadrement, les « managers » et les « leaders » doivent aujourd'hui être les mêmes, aucun ne pouvant réussir dans sa mission s'il ne possède pas les deux attributs.

(22) Comme le rappelle le Pr Detchessahar (Université de Nantes), « le management de proximité, très sollicité « aux frontières » de l'organisation, tend à désertir le terrain du travail et sa régulation » (communication aux États Généraux du Management, Paris, 22 octobre 2010)

Pour ce faire, des règles de délégation claires doivent être définies au sein du pôle. Cette délégation est de la responsabilité du chef de pôle, organisateur et responsable du fonctionnement des activités.

Celui-ci doit s'appuyer sur l'ensemble des cadres qui lui sont associés, pour faciliter et fluidifier la vie au travail articulé autour de l'accueil et de la qualité des soins dus aux patients et à leurs familles et au respect du travail dû à tous les personnels.

La délégation doit s'exercer dans le respect des règles existantes mais avec la volonté d'aller progressivement plus loin pour optimiser le fonctionnement du pôle, valoriser et enrichir la fonction indispensable de proximité, celle des cadres.

Pourront ainsi être délégués par le chef de pôle aux cadres, en lien avec la direction des ressources humaines et la direction des soins, la gestion et l'accompagnement des personnels hospitaliers, notamment dans les domaines suivants, ceci conformément aux tendances affirmées qui se dégagent des réponses au questionnaire auprès des établissements :

- la gestion et le suivi des effectifs,
- la participation à l'organisation des recrutements et des remplacements,
- la gestion des plannings et des congés de toutes natures,
- l'organisation du travail,
- la gestion des mouvements internes au pôle,
- l'adaptation des moyens en personnel en fonction de l'activité,
- la gestion de la période de stage, pour les fonctionnaires hospitaliers avant titularisation,
- l'identification des potentiels pour les promotions de grade ou l'appréciation pour les réductions d'ancienneté d'échelon,
- l'hygiène, la sécurité et les conditions de vie au travail,
- la prévention des risques et la gestion des conflits,
- la préparation des séances d'information et d'échange avec les personnels hospitaliers du pôle,
- la préparation et même, pour certains professionnels, la conduite de l'entretien annuel d'évaluation et d'attribution de la prime de service au profit des personnels hospitaliers.

Recommandation n°4 : Formaliser des règles de délégation claires aux cadres par le chef de pôle pour l'organisation et le fonctionnement du pôle dans le domaine des ressources humaines.

De même, le cadre aura-t-il tous les contacts nécessaires à l'exercice de son importante fonction avec le directeur des ressources humaines et le directeur des soins qui jouent un rôle déterminant de coordination dans l'appui, le conseil et l'accompagnement à la performance des pôles, chacun pour ce qui le concerne.

Car le pôle ne peut rester à l'écart du reste de l'institution.

C'est pourquoi, le cadre doit, sous la responsabilité du chef de pôle, maintenir une relation permanente et active avec le directeur des soins et le directeur des ressources humaines.

1.4 Clarifier les rôles sur une base coopérative

Cette question du sens touche bien entendu aussi, voire surtout, à la mise en place des nouvelles hiérarchies et au jeu des acteurs.

Dans les structures de soins, le développement des pôles joue évidemment un rôle majeur, toutes les parties prenantes s'accordant pour estimer que cette « aventure organisationnelle » revêt une dimension RH absolument cruciale, leur réussite supposant et suscitant à la fois une « valeur humaine ajoutée ». Pour autant et peut-être de ce fait même, elle provoque, dans le même temps, un cortège de questionnements.

L'articulation entre relations hiérarchiques et fonctionnelles ne va pas toujours de soi, y compris pour l'encadrement.

Des nouvelles coopérations doivent, on l'a vu, s'instaurer entre chef de pôle, autres praticiens, cadres supérieurs et cadres de santé, de même qu'entre directeurs des soins et services supports, au premier rang desquels la DRH : en moyenne, ces pôles emploient en effet 300 personnes dont une cinquantaine de praticiens et 250 personnels hospitaliers, ce qui en caractérise d'emblée le format.

Les progrès, les initiatives, les innovations organisationnelles doivent dès lors s'établir à cette échelle, de type communautaire - le plus souvent au niveau de l'unité de soins – avant, si nécessaire, d'être diffusés plus largement. De ce point de vue, la nouvelle organisation peut tout autant créer des opportunités de développer ces approches managériales modernes (héritières en réalité des anciens cercles de qualité), que dériver vers la constitution de nouveaux « silos » en cas de non maîtrise du processus : c'est évidemment le premier pari qu'il convient de relever dans l'intérêt de tous, y compris et surtout des patients.

Hiérarchies médicale, soignante, socio-éducative, administrative et technique doivent ainsi s'articuler ⁽²³⁾ en de nouvelles formes de régulation, sous le regard d'équipes souvent nombreuses, voire très nombreuses, d'autant plus en attente que l'emprise du quotidien ne se desserre pas, rendant malaisé de dégager des temps d'échange et de réflexion partagés. Or, les conseils de service ou de département, puis les conseils de pôle, ont inégalement répondu à cette attente. Il est aujourd'hui important que le chef de pôle organise la concertation interne avec tous les représentants des catégories de personnel dont il dispose pour assurer son activité (cf. Article R 6146-9-1 du CSP).

(23) Pour reprendre la formulation adoptée par un responsable d'une organisation de médecins « ce qui est bon pour les médecins est bon pour les équipes et vice-versa ».

Les efforts désormais consentis, pour favoriser une appropriation commune des enjeux par les « trios de pôle », à travers des échanges réguliers et des actions de formation suivies en commun, peuvent y remédier, comme le démontrent les initiatives prises dans plusieurs établissements (24) notamment avec le concours de l'Agence nationale d'appui à la performance (25).

Il s'agira le plus souvent de conforter l'intervention des habitués « sherpas » que sont, traditionnellement, certains praticiens et cadres expérimentés, en les intégrant dans un système plus organisé et moins strictement dépendant de la seule bonne volonté des individus.

Le principe de délégation de gestion, désormais clarifié dans les textes, la latitude d'action reconnue par la loi HPST au chef de pôle, y compris dans l'organisation de son équipe rapprochée, sont normalement autant d'éléments réducteurs d'incertitude, mais il va de soi que le temps de la mise en pratique opérationnelle n'est pas asservi au seul rythme de parution des textes. A bien des égards, la question du « qui » l'emporte sur celle du « quoi », alors que seule, la définition précise des missions relevant de chaque entité (pôle notamment), permettrait de déployer les moyens et les profils requis avec un maximum de pertinence et d'adaptation fine à des terrains très différents les uns des autres. Maîtriser une organisation suppose donc de se poser régulièrement la question du « qu'est-ce qui est fait, par qui, jusqu'où et pourquoi ? ».

Ceci explique probablement que la montée en puissance des pôles soit inégale, reposant sur une multiplicité de facteurs, dont beaucoup sont « personne-dépendants », ce dont les agents même les plus éloignés de la décision, ont généralement conscience. Il en va de même pour les projets tournés vers l'extérieur, coopérations inter-établissements, Communautés Hospitalières de Territoire, Groupements de Coopération Sanitaire, directions communes, dont les effets peuvent s'additionner aux réformes internes et renforcer encore le besoin d'explication et de mise en perspective de la stratégie de l'établissement, de ses étapes et de ses implications pratiques.

Ce besoin d'adaptation permanente se retrouve aussi dans l'évolution des modes de prise en charge des patients, tels que la chirurgie ambulatoire, dont le développement nécessite une réflexion directe sur l'organisation des équipes et le travail des personnels concernés.

Pourtant, la combinaison de la réglementation existante et les référentiels de certains métiers permet d'esquisser une répartition optimale entre les différentes compétences mises en œuvre au travers de la fonction ressources humaines, à l'initiative du directeur, chef d'établissement et en lien avec le directoire.

Une actualisation régulière des organigrammes fonctionnels doit être mise en œuvre, notamment pour les acteurs de la fonction ressources humaines, pour bien préciser leur rôle dans l'ensemble de la chaîne de compétences et déterminer leur implication dans les processus de gestion et d'accompagnement des personnels.

(24) Par exemple au CHU de Rennes où un travail de type « cercle de qualité » a été conduit en commun sur les questions d'organisation et le partage des rôles (production de soins, intervention gestionnaire des fonctions support)

(25) La parution de l'arrêté relatif à la formation en 60 heures des praticiens responsables de pôle devrait servir de support privilégié à ces projets décloisonnés, tout particulièrement en direction des cadres supérieurs de santé les plus concernés.

1.4.1 La direction et l'équipe de direction

□ **Le directeur, chef d'établissement**

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) confirme le rôle du directeur, chef d'établissement au sein de l'établissement et du territoire de santé. Le nouvel article L. 6143-7 du Code de la santé publique dispose ainsi que :

« Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance, énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement.

Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions.

Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire.

L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger.

Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Après concertation avec le directoire, dans le domaine des ressources humaines, le directeur :

- Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;*
- Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;*
- Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;*

- Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;
- Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;
- Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

Le statut particulier du directeur, issu des décrets du 2 août 2005, modifié par ceux du 11 mars 2010, mais surtout le référentiel métier de directeur d'hôpital confirment son positionnement comme chef de l'établissement.

Le statut de 2005 jette, en effet, les bases de l'exigence qui repose sur lui, pour mesurer son rôle stratégique et managérial et la performance attendue au travers de l'évaluation annuelle.

Enfin, le référentiel métier du directeur chef d'établissement soutient son rôle central, en mettant l'accent sur les connaissances, les compétences et les qualités personnelles considérées comme nécessaires à l'optimisation de sa fonction. Il répartit, de la manière suivante, les activités du directeur entre stratégie, coordination et responsabilité opérationnelle :

Au plan **stratégique**, le directeur :

- définit et fait évoluer le projet d'établissement en lien avec l'ARS et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- positionne son établissement dans l'environnement territorial, en accord avec le conseil de surveillance, et en assure le pilotage en conformité avec les orientations nationales et territoriales ;
- conduit et évalue la mise en œuvre des orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement ;
- définit la politique financière de l'établissement ;
- définit l'organigramme de direction, la répartition des fonctions et les délégations de gestion ;
- organise l'établissement en pôles d'activités et structures internes.

Ses activités de **coordination** consistent à :

- coordonner avec ses partenaires du territoire de santé, les actions communes ou de coopération, en assurant la continuité territoriale de la prise en charge des patients ;
- présider le directoire et animer les réunions de direction ainsi que celles des autres instances de son établissement ;
- mettre en place les processus de décision et le système d'aide à la décision ou de suivi de celles-ci (tableaux de bord) ;
- arbitrer les choix opérationnels, négocier avec les acteurs internes et externes ;

- veiller à la cohérence et à la coordination des activités de son établissement avec celles des différents réseaux.

Enfin, au plan **opérationnel**, le directeur :

- initie avec l'ARS et en concertation avec le président de la CME, les projets de restructuration et de coopération et en analyse les facteurs de risque et de succès ;
- définit la gouvernance de ces projets ;
- prépare les équipes concernées à ces évolutions ou changements ;
- est le recours ou l'arbitre en cas de conflits ou de crises liés à ces projets ;
- prononce les admissions des personnes hospitalisées et assure le respect des droits des malades ainsi que la promotion de la « bienveillance ».

En tant que représentant légal, il est responsable de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital.

C'est au travers du projet d'établissement qu'il initie et valorise que le directeur chef d'établissement pourra le mieux intégrer une véritable politique de gestion et de modernisation des ressources humaines dans le cadre du territoire de santé qu'il sert.

Recommandation n°5: Intégrer dans le projet d'établissement et donc dans le projet médical et dans le projet social, un volet ad hoc relatif à la gestion et à la modernisation des ressources humaines portant notamment sur le développement des compétences, de la mobilité et de la polyvalence ainsi que sur la reconnaissance de l'engagement collectif et individuel.

□ Le directeur adjoint en charge de la direction des ressources humaines, médicales et/ou hospitalières

Généralement, issu de la même formation et du même corps que le directeur, chef d'établissement, le directeur adjoint connaît un déroulement de carrière quasi identique, à l'exception du régime indemnitaire.

Toutefois, le référentiel métier de directeur d'hôpital, qui distingue le chef d'établissement de ses directeurs adjoints, apporte des éclairages utiles pour clarifier la répartition du rôle de chacun.

Au plan de la **stratégie**, le directeur adjoint en charge de la direction des ressources humaines :

- assiste et conseille le chef d'établissement sur les choix stratégiques ;
- prend en charge l'élaboration et le suivi d'une ou plusieurs composantes du projet d'établissement, en particulier le projet social et professionnel de l'établissement ;
- conçoit et met en œuvre une politique de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), en conformité avec les évolutions stratégiques du projet d'établissement et en cohérence avec les indicateurs sociaux ;
- décline, en s'appuyant sur les pôles, la GPMC par grande catégorie de personnel en termes de recrutement, de formation, de gestion des évolutions professionnelles et des carrières ;

- définit une politique de conditions de travail et de sécurité au travail ;
- organise la communication interne sur les projets dont il a la charge ;

Ses activités de **coordination** consistent à :

- assurer, en fonction des délégations dont il bénéficie, l'animation et la coordination de projets ou de missions liées à la conduite du changement ;
- manager les équipes RH, notamment d'encadrement dans le domaine des ressources humaines;
- préparer et organiser les instances (Comité technique d'établissement (CTE) et Comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail (CHSCT)) et les échanges avec les représentants des personnels ;
- coordonner l'organisation des Commissions administratives paritaires (CAP) ;
- organiser le dialogue social et coordonner les actions visant à la résolution des conflits sociaux ;
- assurer le suivi des indicateurs de fonctionnement et de climat social avec les directeurs chefs d'établissement, les autres directeurs-adjoints, le directeur des soins, les chefs de pôle et les représentants des personnels ;
- coordonner la politique de formation de l'établissement.

Au plan **opérationnel**, le directeur adjoint chargé des ressources humaines :

- définit les plans de recrutement, le plan de formation et les procédures d'évaluation, en liaison avec le coordonnateur général des soins en ce qui concerne les personnels paramédicaux et avec l'appui des chefs de pôle ;
- établit le bilan social ;
- suit l'évolution de la masse salariale, contribue à la préparation de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) et en suit l'exécution pour les dépenses de personnel ;
- pilote les études et définit le recours à des spécialistes extérieurs ;
- met en œuvre les mesures de prévention des risques pour le personnel et établit le document unique ;
- suit les tableaux de bord, déclinés le cas échéant par pôle et catégorie de personnel ;
- assure la gestion des CAP et des conseils de discipline.

Lorsque la fonction ressources humaines est assurée par deux directeurs-adjoints, l'un en charge du personnel hospitalier, l'autre du personnel médical, ce dernier se voit confier des attributions comparables à celles du directeur-adjoint chargé du personnel hospitalier.

Ainsi, le directeur chargé des affaires médicales accomplira les missions suivantes :

Au niveau **stratégique**

Il définira les politiques de GPMC du personnel médical en lien avec le président de la CME et les chefs de pôle, en tenant compte notamment de la démographie des personnels médicaux et du projet médical.

Il élaborera avec le président de la CME la politique de développement professionnel continu du personnel médical.

Au niveau de la coordination

Il assurera avec le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le recrutement et le suivi du personnel médical.

Au niveau opérationnel

Il veillera à l'évolution de la masse salariale, il contribuera à l'élaboration et suivra l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) pour la partie qui le concerne.

Il mettra en place les outils de la mobilité et de la gestion des carrières du personnel médical en lien avec le Centre National de Gestion (CNG).

Recommandation n°6 : Regrouper, autant que faire se peut, sous une direction des ressources humaines unique, la direction en charge du personnel médical et celle en charge du personnel hospitalier.

Par ailleurs, l'appréciation portée dans l'enquête nationale sur la performance en matière de gestion des ressources humaines montre une zone de recoupement mais aussi de nuances notables entre les perceptions des responsables et collaborateurs de la fonction RH et celles de l'ensemble du personnel

Si tous s'accordent à penser que la gestion de la paie et des rémunérations, celle de la carrière et l'hygiène et la sécurité sont efficaces, les principales attentes exprimées diffèrent entre ces deux catégories.

En effet, alors que l'information et la communication, la gestion et le suivi des effectifs et celle de la carrière préoccupent prioritairement les responsables de la fonction RH, l'ensemble du personnel porte plus volontiers son intérêt sur les éléments de motivation, le régime indemnitaire, la prévention des risques psycho-sociaux et la gestion des conflits.

C'est pourquoi il est essentiel que le directeur des ressources humaines donne les clés de repérage institutionnel pour que les professionnels puissent s'inscrire dans les démarches de formation continue ou dans les dispositifs de promotion voire de reconversion professionnelles.

Il devra aussi établir chaque année, avec le chef de pôle, le niveau et la qualification des effectifs au regard de l'activité.

Il lui incombera parallèlement de fixer les règles et les modalités de recrutement et de remplacement, en lien avec le chef de pôle et le directeur des soins.

Il lui appartiendra enfin, dans le respect du droit et de l'équité, de fixer notamment des règles homogènes de décompte du temps de travail, de produire des informations utiles sur la gestion statutaire, sur l'hygiène, la sécurité et les conditions de vie au travail, de fournir des outils et des méthodes d'approche de la prévention des risques et de la gestion des conflits ainsi que des éléments de comparaison entre structures de même activité, pour établir et adapter les moyens aux besoins.

Son action devra être proche du terrain pour mieux répondre aux besoins institutionnels et aux attentes des professionnels.

Sa fonction d'animation et de coordination l'amènera à organiser des groupes de travail par grands thèmes relatifs à la gestion des ressources humaines (recrutement, formation, mobilité, reconversion professionnelle...) pour adapter et améliorer la connaissance des gestionnaires mais aussi des chefs de pôle et des cadres de santé qui les entourent.

Les principaux processus de recrutement, de gestion, de formation, d'évaluation, de prévention des risques et d'accompagnement des personnels ainsi que les principaux outils de pilotage et indicateurs de gestion dans le domaine des ressources humaines (cf annexe 4) doivent permettre aux décideurs d'agir de manière éclairée et efficace et, le cas échéant, de mener une réflexion avec leurs partenaires institutionnels et professionnels.

Recommandation n° 7 : Positionner le directeur des ressources humaines dans sa triple mission : pilotage de la politique des ressources humaines, responsabilité de la gestion collective et individuelle des professionnels, management et coordination de l'expertise, du conseil et de l'accompagnement en se rapprochant des chefs et cadres de pôle, sous l'autorité du chef d'établissement, en lien avec le président de la CME, les chefs de pôle et le directeur des soins pour la part qui les concerne.

□ Le directeur des soins, coordonnateur général des soins

Son histoire est plus récente puisque cette fonction est née en 1975 (sous la dénomination d'infirmier général), mais son rôle n'a cessé de s'affirmer à l'hôpital, au cœur de l'activité soignante.

La loi HPST du 21 juillet 2009 en fait d'ailleurs, avec le chef d'établissement, le président de la CME, et le doyen dans les CHU, l'un des membres de droit du directoire. Son statut ainsi que son référentiel métier qui vient d'être validé, renforcent sa position dans la mesure où ses missions relèvent à la fois du niveau stratégique et du niveau opérationnel, avec une responsabilité institutionnelle en matière de gestion du personnel soignant, de formation et de recherche. Certes, une interrogation se fait jour sur l'articulation future entre ses missions et celles du chef de pôle, notamment à l'égard des personnels soignants, mais le nouveau dispositif ne peut être considéré comme induisant, a priori, un « arbitrage défavorable » à l'endroit du directeur des soins.

Le coordonnateur général des soins préside la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et organise les missions des autres membres de la direction des soins.

Il est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que des objectifs de qualité et de sécurité des soins. Il coordonne la continuité des soins et la cohérence des parcours de soins des patients. Il organise la répartition équilibrée des ressources en personnels soignants au sein de l'établissement.

Il développe avec le directeur des ressources humaines, l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, le directeur des soins reste bien le chef d'orchestre de la qualité des soins, l'animateur et le coordonnateur de l'équipe des cadres supérieurs et des cadres de santé et le garant de l'harmonie institutionnelle au niveau des équipes soignantes.

C'est lui qui définira les modes opératoires et les conditions de l'évaluation des pratiques professionnelles en soins, qui impulsera les projets de recherche et favorisera l'innovation en soins paramédicaux.

Recommandation n°8 : Donner au directeur des soins les leviers d'action nécessaires pour animer et coordonner les cadres supérieurs et les cadres de santé, pour développer la politique de qualité et de sécurité des soins et promouvoir le programme d'actions relatifs au projet de soins et aux innovations dans le domaine paramédical, en lien avec le président de la CME, les chefs de pôle et le directeur des ressources humaines.

1.4.2 La communauté médicale

Les représentants de la communauté médicale occupent une place particulière dans la nouvelle gouvernance hospitalière, en lien avec cette recherche d'équilibre dans la répartition des rôles et des pouvoirs à l'hôpital.

□ Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire

Le président de la CME en tant que représentant élu de la communauté médicale, porte les intérêts collectifs et institutionnels de l'établissement, aux côtés du directeur, chef d'établissement.

C'est surtout au titre de ses fonctions de vice-président du directoire que le président de la CME voit ses prérogatives augmenter. Toutefois, les textes le visent en sa seule qualité de président de la CME notamment pour :

- proposer au directeur les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales ainsi que les chefs de pôle d'activité clinique et médico-technique (26);
- donner un avis préalablement à la nomination et au placement en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers et à la nomination des responsables de structures internes ;
- donner un avis sur les contrats de pôle clinique et médico-technique ainsi que sur les contrats d'activité libérale des praticiens hospitaliers.

En sa qualité de vice-président du directoire, il s'affirme donc dans un rôle particulier au sein de l'hôpital (27).

A ce titre, il élabore avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

Par ailleurs, il est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la commission médicale d'établissement.

(26) Conjointement avec le Doyen dans les CHU

(27) Cf. Articles R. 6143-37 à R 6143-37-5 du code de la santé publique

Il assure également le suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin.

Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la commission médicale d'établissement.

Enfin, le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin,

- il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
- il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;
- il soutient la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
- il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;
- il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

Le nouveau rôle de la CME depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 et surtout le rôle premier de son président en sa qualité de vice-président du directoire, soutenu par les chefs de pôle, offrent l'opportunité de combiner la place et le rôle de chacun dans le champ des relations sociales avec la communauté médicale.

C'est ainsi que la CME et son président vont s'intéresser à la stratégie médicale institutionnelle et partenariale dans le cadre des coopérations engagées sur le territoire de santé. Ils seront également concernés par l'exercice des praticiens exerçant à l'hôpital sous l'angle de l'évaluation des pratiques professionnelles, donc dans un domaine étroitement lié à la politique de qualité et de sécurité des soins via les nouveaux dispositifs de développement professionnel continu.

Recommandation n° 9 : Valoriser la fonction de Président de CME en tant que Vice-président du directoire en le faisant participer activement à la stratégie de l'établissement : projet d'établissement, projet médical et ressources médicales, politique de qualité et de sécurité des soins, promotion de la recherche et de l'innovation médicales ainsi qu'aux programmes d'actions relatifs au développement professionnel continu des praticiens.

□ Le chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique

Comme l'indique sa dénomination qui passe de « responsable de pôle » à « chef de pôle », il devient l'un des acteurs majeurs de l'hôpital.

Son rôle s'accroît et sa responsabilité s'amplifie.

Aux termes de l'article L. 6146-1 du Code de la santé publique, le chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur, chef d'établissement.

La réglementation prise pour l'application de ces dispositions renforce sensiblement la déconcentration de gestion en faveur des chefs de pôle.

A cet égard, le II de l'article R. 6146-8 CSP indique que « *dans les conditions définies par le contrat de pôle, le chef de pôle peut bénéficier d'une délégation de signature lui permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :*

- *Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;*
- *Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;*
- *Dépenses à caractère hôtelier ;*
- *Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical;*
- *Dépenses de formation de personnel ».*

Le III du même article précise que « *le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :*

- *Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;*
- *Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;*
- *Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;*
- *Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;*
- *Affectation des personnels au sein du pôle ;*
- *Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;*
- *Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques ».*

Les chefs de pôle vont donc se mobiliser davantage sur la qualité et la performance des recrutements au regard des besoins de la population de leur territoire de santé dans leurs disciplines et spécialités d'exercice, en conformité avec le projet médical et le contrat de pôle notamment. Ils assureront par ailleurs le travail préparatoire à l'évaluation des pratiques des professionnels de leur pôle, proposeront les orientations prioritaires de la formation liée à leur activité. Ils veilleront aussi à l'adaptation permanente des compétences, à la régulation de l'exercice professionnel, à la prévention des risques et, autant que possible, à la gestion des conflits internes.

En tant que responsables de l'activité et du fonctionnement de leur structure, ils devront mobiliser en continu les compétences pour assurer une prise en charge des patients, rapide et de qualité.

Recommandation n° 10 : Affirmer et développer la délégation de gestion du directeur chef d'établissement aux chefs de pôle dans le domaine des ressources humaines.

Par ailleurs, le chef de pôle devra organiser la structuration interne de ses activités au travers du contrat de pôle.

En effet, aux termes de l'article R 6146-9 du CSP, « *le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent* ».

L'article R 6146-4 du CSP précise que « *les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, selon des modalités fixées par le règlement intérieur* ».

Recommandation n° 11 : Définir clairement, dans le cadre du projet de pôle, les missions et responsabilités confiées par le chef de pôle aux responsables des structures internes du pôle.

□ **Organisation des relations entre les différents responsables de l'hôpital**

Quelques définitions utiles sont proposées pour une meilleure compréhension des relations entre les différents acteurs de l'hôpital dans le domaine des ressources humaines.

Autorité hiérarchique, autorité fonctionnelle :

Le dernier alinéa de l'article L 6146-1 du CSP précise que « *le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. [...]* ».

Juridiquement, pour le champ du fonctionnement technique sur lequel elle s'applique avec les réserves déontologiques prévues, cette « autorité fonctionnelle » permet au chef de pôle de donner des instructions au personnel dans le cadre de l'organisation et du fonctionnement général du pôle, en lien avec les responsables des structures qui lui sont rattachées pour la part qui les concerne.

Cette autorité fonctionnelle ne confère pas les prérogatives liées à la qualité d'autorité « investie du pouvoir de nomination » et qui portent sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire.

L'autorité fonctionnelle du responsable de pôle s'insère dans l'organigramme global de l'établissement. Elle s'exerce :

- sous l'autorité hiérarchique du directeur (cf. dispositions précitées de l'article L. 6143-7),
- sur l'ensemble des personnels du pôle, y compris l'encadrement du pôle et les responsables de ses structures internes.

Délégation de « compétence » :

1) Définition

La délégation de compétence revêt classiquement deux modalités : la délégation de pouvoir et la délégation de signature.

La **délégation de pouvoir** est consentie au délégataire à raison des fonctions qu'il exerce. Elle n'est donc pas affectée par les changements intervenant dans la personne du délégant ou du délégataire. Elle constitue une véritable modification de la répartition des compétences en dessaisissant le délégant au bénéfice du délégataire : le délégant ne peut plus exercer les compétences qu'il a déléguées.

La **délégation de signature** est consentie *intuitu personae*. Elle cesse donc *ipso facto* du fait du changement intervenu dans la personne du délégant ou dans celle du délégataire. Elle consiste seulement à décharger matériellement le délégant d'une partie de ses attributions qui restent toujours de sa compétence et qu'il peut donc toujours traiter aux lieux et places du délégataire.

En ce qui concerne les chefs d'établissement, l'article D. 6143-33 du CSP dispose que : « dans le cadre de ses compétences définies à l'article L. 6143-7, le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature.

2) Modalités d'attribution

a) La délégation doit être explicite

Elle ne peut résulter que d'un acte écrit ne laissant aucun doute sur la personne du délégataire ni sur l'étendue des délégations consenties. L'article D. 6143-34 CSP précise à cet égard que : « *Toute délégation doit mentionner :*

1° Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;

2° La nature des actes délégués ;

3° Eventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation. [...] »

b) Elle ne peut être que partielle

L'autorité délégante ne peut pas déléguer l'ensemble de ses attributions.

Attribution des responsables de structures internes :

L'article R. 6146-9 du CSP précise que « le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle ».

L'analyse de l'organisation des relations entre les différents responsables de l'hôpital suggère de proposer un agencement des rôles des principaux acteurs de la fonction ressources humaines, autour du schéma suivant :

□ **Droit à l'expression des personnels**

L'article L 6144-6 du CSP dispose que « *les personnels des établissements publics de santé bénéficient, soit des dispositions prévues à l'article L. 6146-2, soit, pour les personnels qui ne relèvent pas de ces dispositions, d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail, dont les modalités d'exercice sont définies par voie réglementaire* ».

On rappelle qu'avant l'intervention de la loi HPST, l'article L 6146-2 du CSP se rapportait aux conseils de pôle d'activité. La notion de droit à l'expression directe et collective prévalait alors dans les établissements qui, tels les hôpitaux locaux et les syndicats inter hospitaliers, n'étaient pas organisés en pôles (cf. articles R. 6144-86 à R 6144-89 du CSP). Compte tenu de la disparition des conseils de pôle, cette notion paraît s'étendre désormais à l'ensemble des personnels des établissements publics de santé.

Il faut donc considérer que c'est ce droit à l'expression directe et collective que l'article R 6146-9-1 du CSP entend mettre en œuvre lorsqu'il indique que « *le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel* ».

Pour les pôles autres que cliniques ou médico-techniques, tels qu'administratifs ou techniques, il paraît indispensable de mettre en place un dispositif de concertation similaire à celui réglementairement instauré pour les personnels soignants et socio-éducatifs.

Recommandation n° 12 : *Mettre en place et faire vivre la concertation interne dans le pôle pour faciliter l'adhésion des équipes au projet de pôle et favoriser leur implication dans la vie de l'établissement.*

1.5 Combiner les temps

Plus généralement, définir le sens, donc tenter de mettre en ligne, autant que nécessaire, stratégies de moyen et long termes avec la gestion du quotidien, suppose non seulement un leadership clair à tous les niveaux, des équipes formées, des processus robustes mais aussi de la stabilité et du temps. Tout en prenant en compte les impératifs d'une gestion publique qui obéit à des rythmes propres, dont l'annualité budgétaire, il reste à imaginer des progrès substantiels sur ce plan.

Au fond, les plus grands groupes internationaux, bien que contraints par un « court-termisme » financier croissant (avec, par exemple, les exigences de publication de comptes désormais trimestriels et une pression croissante des marchés), disposent bien d'une vision stratégique et de plans d'actions dans la durée, qui fondent leur solidité et, partant, leur valeur.

Parallèlement, il leur est indispensable de demeurer flexibles et d'innover, y compris dans leur fonctionnement interne, la crise récente ayant démontré que les entreprises les moins affectées étaient celles qui avaient su conserver une vision stratégique partagée en interne, tout en procédant aux ajustements nécessaires du fait du nouveau contexte.

Recommandation n°13 : Combiner les temps entre stratégie pluriannuelle (CPOM) et les objectifs annuels révisables dans le cadre du contrat de pôle (principe d'adaptation à l'évolution du contexte).

En tout état de cause, et dans un cadre bien entendu différent, il apparaît hautement souhaitable que la mise en œuvre de la loi HPST, du fait même de l'ampleur de ce texte, puisse s'inscrire dans cette préoccupation de stabilité, au moins relative, des règles du jeu, ceci imposant dès lors, que la confection indispensable des multiples textes d'application, fasse l'objet d'un soin tout particulier en termes de consultation et d'information des responsables institutionnels et professionnels, dont les gestionnaires mais aussi des représentants de l'Etat au niveau déconcentré.

La réforme de l'hôpital a fixé des échéances rapides de mise en place de la nouvelle gouvernance. Dans cet important changement souvent vécu comme précipité, l'adaptation de l'institution et de tous les acteurs hospitaliers est indispensable.

Pour autant, tout doit être mis en œuvre pour que les acteurs hospitaliers soient le plus rapidement possible positionnés les uns par rapport aux autres, car toute organisation qui avance dans l'incertitude et l'opacité régresse inévitablement.

La gestion du temps est donc un facteur de progrès indissociable de la performance institutionnelle.

Ainsi, une fois la politique nationale et régionale définies, il est essentiel que les forces internes se mobilisent dans un esprit ouvert, coopératif, innovant et constructif pour travailler sur la révision du projet d'établissement sur le territoire de santé (chef d'établissement, équipe de direction, communauté médicale et cadres), auquel sont notamment rattachés le projet médical et le projet social (impliquant le chef de pôle et, le cas échéant, les partenaires externes).

Par ailleurs, la mise au point des contrats de pôle et leur révision régulière devront être l'occasion de créer un temps institutionnel nouveau et marquant pour la stratégie et le management général de l'établissement. Elle sera fondée sur une relation transparente entre le directeur chef d'établissement et chaque chef de pôle, sur la base d'un travail préparatoire avec la DRH et le directeur des soins et en lien avec le président de la CME.

Recommandation n°14 : Promouvoir les moments forts de l'hôpital, notamment autour du projet d'établissement et de l'ensemble de ses composantes (projets médical, social et « ressources humaines »), des contrats de pôle, de la vie des instances et des projets d'innovation et de recherche hospitalières.

1.6 Manager les managers

Enfin, la recherche de sens imprègne aussi la filière RH en tant que telle, qui s'interroge sur son rôle, ses pratiques, son évolution. L'étude conduite avec l'ADRHESS est particulièrement éclairante sur ce plan.

Elle fait notamment ressortir l'importance du rôle reconnu au directeur chef d'établissement dans la définition d'une véritable stratégie RH, qui doit s'incarner dans le volet social du projet d'établissement, avec l'idée que si la DRH - et donc son/sa responsable - doit se situer « au centre », cela suppose évidemment que les politiques, les orientations et les programmes d'action dont elle a la charge soient fortement positionnés.

Car, pour relever les défis, considérables, liés à la politique des ressources humaines et, notamment, incarner les règles, porter les valeurs et faire valoir les orientations auprès des cadres et des agents, les équipes RH doivent être elles-mêmes suffisamment au clair sur ce qui est attendu de leur part et le niveau de « portage » sur lequel elles doivent pouvoir compter.

Dans le moment où la fonction ressources humaines est à la fois diffuse et complexe et où la coordination des parties prenantes à la gestion, souvent éclatées géographiquement et fonctionnellement, est indispensable, le rôle majeur du directeur des ressources humaines doit être institutionnellement affirmé.

Promu comme gardien et garant de la cohésion interne et de la cohérence institutionnelle, il doit recevoir tous les attributs que nécessite un tel positionnement à l'hôpital, au sein du territoire.

Pourvu d'une véritable délégation de compétences et agissant au nom du directeur chef d'établissement, il doit participer activement à la définition et au pilotage stratégique de l'établissement dans son domaine spécifique de compétences.

Il doit également assurer l'animation et la coordination générale de la politique des ressources humaines au travers de l'ensemble des actions conduites dans le domaine RH, assurer le rôle d'informateur régulier du directeur sur, notamment, l'évolution des effectifs et de la masse salariale, sur la vie au travail et la vie sociale à l'hôpital ainsi que sur la prévention et la gestion des conflits.

Il importe aussi qu'il assure son pouvoir de contrôle sur les données essentielles en matière de ressources humaines (organisation et décompte du temps de travail, paie ...).

Une fonction aussi diversifiée justifie que des relais opérationnels et responsabilisés soient mis en place. Le rôle des cadres et des agents associés à la fonction ressources humaines est ici déterminant.

Une formation adaptée, donnant à ces cadres et agents de la DRH, un socle de connaissances et de compétences sur l'essentiel de ses attributions, s'avère aujourd'hui nécessaire pour tenir le pari de la cohérence, de l'équité et de la performance.

Cette formation doit s'accompagner d'un positionnement des cadres administratifs (attachés d'administration hospitalière, adjoint des cadres...) en relais de la direction des ressources humaines, au cœur ou à proximité des pôles dans un rôle de soutien et d'accompagnement au quotidien pour s'inscrire désormais dans une démarche de prestations de service experts auprès des cadres opérationnels des pôles plutôt que dans une logique de contrôle.

Recommandation n°15 : Investir dans la formation des présidents de CME, des chefs et des cadres de pôle et des personnels relevant de la direction des ressources humaines pour créer une culture commune et s'appuyer sur des pères, outils, et méthodes partagés.

2. Faire le pari de l'autonomie

2.1 Coopérer à tous les échelons

Le système actuel souffre de la confusion générée par la multiplication des acteurs intervenant dans la fonction ressources humaines. L'esprit de coopération doit corriger et faciliter le repositionnement des acteurs majeurs dans la prise en charge et la modernisation de cette fonction, élément clé de la réussite de la nouvelle gouvernance, de la satisfaction des personnels, de la qualité des soins et de la maîtrise des coûts.

Un mouvement ascendant et descendant, efficace, une délégation de compétences clarifiée, une confiance trouvée ou retrouvée entre tous les niveaux, doivent permettre de rendre à la fonction ressources humaines une valeur ajoutée, qui doit désormais être mise en lumière, reconnue et valorisée à sa juste mesure.

La nouvelle gouvernance déplace les responsabilités vers le niveau régional et local : ARS, directeurs chefs d'établissement, chefs de pôle, président de commission médicale d'établissement, en sa qualité de vice-président du directoire. Pourtant, par la force des choses, le pilotage juridique et statutaire, qui continue de conditionner l'essentiel de la GRH, procède de textes ⁽²⁸⁾ et décisions pris au niveau central. A défaut de pouvoir modifier en profondeur le cadre de droit et l'approche par corps, sauf à la marge, il s'agit donc de faire évoluer les comportements dans l'esprit même de la loi.

Par ailleurs, les DRH sont accaparés par le quotidien et la gestion réglementaire. Déjà tenus, le plus souvent, à l'écart des questions touchant au personnel médical et en situation de « coproduction », au mieux, avec les directeurs des soins, ils craignent de perdre leur rôle antérieur de régulateur d'une ressource rare, les effectifs, au profit des chefs de pôle.

La mise en œuvre des contrats de pôles soulève, naturellement, d'importantes questions parmi les professionnels de la filière RH, qui ont notamment fait l'objet d'échanges approfondis lors de la journée d'études organisée le 25 mars 2010 par l'ADHREES.

Le périmètre de la délégation, au regard des pratiques antérieures en est une première : effectifs, recrutements, moyens de remplacement, plan de formation, organisation du travail, évaluation ne soulèvent pas de problèmes majeurs, au contraire de sujets plus stratégiques, comme le pilotage du dialogue social ou la gestion du temps de travail et des accords locaux, qui ne peuvent relever que d'un pilotage central.

De même, la taille et l'organisation de chaque établissement rendent plus ou moins efficiente cette approche déconcentrée.

(28) Parmi les réponses au questionnaire diffusé par la mission Vallet-Zeggar auprès des CHU, on relève quant aux souhaits éventuels de modifications réglementaires des gestionnaires, des réactions convergentes visant à « arrêter d'écrire des textes et laisser le maximum de liberté organisationnelle aux établissements ».

Enfin, si les DRH ont conscience que les directeurs chefs d'établissement doivent jouer le jeu de la délégation aux chefs de pôle, ils plaident le plus souvent pour ne pas risquer l'excès inverse du « tous DRH », qui pourrait faire perdre le cap d'une politique unique de ressources humaines, voire même attiser certaines tensions sociales.

Mais la préoccupation essentielle relève de la méthode : une délégation efficace doit être formalisée dans un contrat de pôle, lequel décline une stratégie de pôle, dont l'existence et la pertinence conditionnent très largement l'ensemble de cet exercice, d'autant que la délégation en matière RH s'adresse à l'ensemble du collectif en charge de l'animation polaire.

Recommandation n° 16 : Créer un espace collaboratif (partage de données ou banque de données dans les établissements importants) organisé entre les différents intervenants à la fonction ressources humaines et assurer une délégation de gestion et de signature optimisée (donnée par le directeur, chef d'établissement aux chefs de pôle), une délégation de pouvoir et de signature adaptée (donnée par le chef d'établissement au directeur adjoint chargé de la direction des ressources humaines, aux autres directeurs-adjoints et au directeur des soins) et une répartition des rôles sécurisée pour l'organisation et le fonctionnement du pôle (donnée par les chefs de pôle aux responsables des structures internes et aux cadres).

2.2 Substituer régulation stratégique à gestion des flux

Il faut donc que les DRH puissent se recentrer sur d'autres formes de régulation, plus stratégiques : la réforme est ici une occasion privilégiée, mais, à défaut de prise en compte de ces évolutions, elle peut pour le coup se traduire, pour le métier et les missions de cette direction, par une déstabilisation à laquelle nul n'aurait évidemment à gagner.

Dès lors, il s'agit de faire en sorte que l'autonomie gagnée à chaque échelon et la responsabilisation qui doit accompagner ce mouvement, ne soit pas seulement synonyme de perte de leviers d'action et d'influence pour telle ou telle catégorie. Ce mouvement, essentiel, ne saurait être un jeu à somme nulle, dans lequel les uns gagneraient au détriment des autres, seules des démarches collectives pouvant être créatrices de valeur, et, en l'occurrence, améliorer le niveau d'efficacité des structures.

Il apparaît ainsi que les pôles, au sein d'un établissement, doivent leur identité technique à leur différenciation, le plus souvent sur la base d'une logique médicale, d'où se forge, avec le temps, une culture d'appartenance dont la construction est nécessairement lente, puisqu'il s'agit, dans de nombreux cas, de faire le deuil d'une organisation précédente, elle-même le plus souvent récente.

Dans ces conditions, les DRH peuvent jouer de leur capacité d'intégration, surtout si elle s'exprime sous forme d'appui à des producteurs de soins en demande, sur des sujets qu'ils maîtrisent mal.

Bien entendu, les dimensions transversales de la GRH s'y prêtent particulièrement : politique de formation, organisation et régulation du dialogue social, santé au travail, entre autres. Cette opportunité est déjà ressentie depuis plusieurs années, dans plusieurs travaux de recherche, dont notamment l'analyse très éclairante de Dorothée Durieux, dès 2001, sur « la décentralisation des hôpitaux : un enjeu pour la GRH », présentée dans la Revue hospitalière belge (29).

Pour le reste, le principe de subsidiarité doit trouver à s'appliquer : tout ce qui, dans un cadre juridique le plus souvent très défini, peut être résolu à un échelon de proximité doit y demeurer.

Le questionnaire de la mission fait d'ailleurs apparaître que, d'ores et déjà, le pôle est cité dans près de la moitié des réponses comme la structure la mieux adaptée pour traiter des problèmes de fiches de poste et d'évaluation (la DRH ne ressortant ici qu'à 13% et 9% et la direction des soins à 22 %) et dans un tiers des cas en matière de formation et de remplacement tandis que la direction des soins se situe respectivement à 28 % et 26% (30).

Le zoom réalisé sur les deux grandes catégories de professionnels interrogés montre qu'à l'exception du domaine de compétences spécifiques de gestion des ressources humaines, un consensus existe autour de l'importance du pôle dans la conduite et l'accompagnement de cette politique (31).

Mais, une observation plus fine des réponses apportées révèle que sur la question de l'affectation des personnels, les présidents de CME considèrent qu'elle relève de la compétence du directeur, chef d'établissement, contrairement aux autres praticiens, tandis que les directeurs estiment qu'elle doit être placée sous la compétence des directeurs des soins.

S'agissant de l'attribution de la prime de service, l'hésitation est manifeste dans la communauté médicale puisque 20% n'ont pas répondu sur ce point, alors que la compétence de la direction des ressources humaines ne fait pas de doute dans la catégorie des directeurs.

En matière d'évaluation, une nette différence apparaît entre la position exprimée au sein du personnel médical : les présidents de CME considèrent qu'elle doit être placée sous la compétence du directeur chef d'établissement alors que les autres praticiens pensent que le directeur des soins est tout-à-fait légitime pour en traiter, tandis que les directeurs se divisent sur le sujet entre compétence reconnue au directeur chef d'établissement et directeurs des soins, chacun pour sa propre catégorie d'appartenance.

Pour la fiche de poste, les praticiens autres que les présidents de CME affichent la compétence des chefs de pôle alors que les directeurs pensent qu'elle doit relever de préférence de la direction des ressources humaines.

Pour la formation et la question du remplacement de personnel, ils estiment que la direction des ressources humaines est la structure la plus apte pour en connaître et agir.

(29) www.hospitals.be/français/revue/hb246/durieux.html

(30) Cf. volume II annexé au présent rapport (cf. pages 16 à 20)

(31) Cf. volume II annexé au présent rapport (cf. page 20)

Enfin, les directeurs des ressources humaines et les directeurs des soins considèrent que le directeur chef d'établissement ne doit pas trop s'impliquer dans la gestion pour mieux se concentrer sur la stratégie, le soutien et la délégation en matière de ressources humaines.

Plus généralement, l'apport de la simplification des processus n'est plus à démontrer, pour peu que celle-ci soit menée sur une base participative et ne conduise pas à de nouvelles rigidités : supprimer les procédures inutiles et simplifier les autres, dans le respect des textes - cela va de soi - constitue généralement un thème mobilisateur pour les gestionnaires.

L'intérêt est aussi de dégager quelques marges de manœuvre au sein des fonctions supports, tout particulièrement la DRH, seul moyen de redéployer certaines ressources vers des activités à plus forte valeur ajoutée, ceci dans un contexte budgétaire où ses effectifs ne peuvent que très exceptionnellement se voir renforcés : un nombre croissant de DRH d'établissement affectent ainsi directement des collaborateurs au sein des pôles (attachés, adjoints de cadres) en initiant de la sorte un réseau de proximité ⁽³²⁾.

Dès lors, il est certain que les directions hospitalières doivent tout mettre en œuvre pour que la nouvelle organisation fonctionne. On reprendra ici les conclusions de la mission Vallet-Zeggar précitée : «les équipes de direction doivent progressivement concevoir leur intervention comme celle de services supports aux producteurs de soins que sont les pôles médicaux et médico-techniques », ce qui doit conduire à « un important travail d'acculturation » de ces « équipes qui se conçoivent encore comme l'état-major de l'hôpital ».

Sans qu'il soit possible de prendre parti à ce stade, il est certain que la sédimentation actuelle observée dans les principaux établissements, par exemple pour ce qui concerne les directions de sites hospitaliers, devra être repensée progressivement, la simplification des processus n'ayant guère d'avenir sans celle des structures et des niveaux d'intervention.

La nouvelle gouvernance construite autour d'un recentrage stratégique du rôle du directeur chef d'établissement, président du directoire et du président de la CME, vice-président du directoire et élu en tant que responsable du collectif médical, mais aussi de celui des instances décisionnelle et consultatives (principalement conseil de surveillance et commission médicale d'établissement) et enfin du directeur des soins au sein du directoire, doit être confortée par une équipe de direction partie prenante des grands enjeux, garante de la cohérence institutionnelle et de la performance de l'action, mais aussi solidaire de la politique conduite et des résultats obtenus.

(32) Le SNCH relève cette tendance avec intérêt, en soulignant qu'elle est cohérente avec la montée en compétence des cadres administratifs, que devrait encore conforter la nouvelle formation des attachés d'administration hospitalière (AAH) à l'EHESP.

2.3 S'engager dans le bon usage des contrats

La réforme HPST a prévu un système de contractualisation « intégré » : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), négocié et signé par le directeur d'établissement avec l'ARS, qui décline sur le plan opérationnel le projet d'établissement, celui-ci intégrant le projet médical qui en est la « colonne vertébrale »⁽³³⁾, sans omettre les documents budgétaires et financiers.

Cette organisation très articulée vise logiquement à prendre en compte tous les aspects de la gestion hospitalière, avec une approche plus clairement fondée sur la performance médico-économique.

Il apparaît d'autant plus essentiel que la politique RH, le plus souvent appréhendée dans le cadre d'un projet social global, figure de plain-pied dans cette démarche et occupe une place signalée au cœur du projet d'établissement ⁽³⁴⁾, dont elle ne saurait constituer un simple appendice ou le résumé des moyens à mettre en œuvre. En d'autres termes, les grandes composantes de la GRH doivent aussi être organisées en objectifs, sur une base prospective et faire l'objet de priorités propres : formation et développement des compétences, mobilité et parcours professionnels, égalité professionnelle et handicap, action sociale, santé au travail, dialogue social, ...les axes « lourds » ne font ici pas défaut.

Ainsi, en matière de formation, le décret du 21 août 2008 prévoit pour chaque établissement, la généralisation d'outils « programmatiques » spécifiques : document pluriannuel d'orientation, plan annuel et rapport annuel d'exécution, qui sont autant d'outils qui doivent venir s'intégrer dans le cadre d'ensemble de la GRH, sauf à se réduire à de simples procédures sur un sujet aussi majeur.

D'un bout à l'autre de la chaîne institutionnelle, le maître mot de contractualisation pénètre désormais tous les esprits et devient le modèle de relation entre tutelles, institutions et structures.

Ainsi, l'Etat contractualise avec l'hôpital depuis 1996 (contractualisation externe), l'hôpital contractualise avec lui-même depuis 2005 (contractualisation interne, avec l'apparition des contrats de pôle depuis juillet 2009).

Si la procédure de contractualisation externe est désormais bien maîtrisée (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), la contractualisation interne mérite d'être mieux explicitée et plus appropriée.

Le chef de pôle devient, avec la nouvelle gouvernance hospitalière, le véritable chef d'orchestre de l'organisation et du fonctionnement de l'activité placée sous sa direction, sa responsabilité et donc son contrôle. A ce titre, il doit disposer d'une large délégation de gestion pour optimiser son engagement et atteindre les résultats sur objectifs arrêtés institutionnellement.

(33) Selon l'expression employée par la Ministre de la santé et des sports lors du Forum Santé des Echos en juillet 2009

(34) Le nouvel article L 6143-2-1 du code de la santé publique traite du projet social, qui doit aborder la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels, cette rémunération de portée législative apparaissant donc à la fois solennelle mais, pour autant, relativement partielle.

Promu avec les cadres de son pôle, manager de proximité, il convient de lui apporter tous les éclairages utiles à l'efficacité de son action.

A l'égard du personnel médical, il doit avoir une bonne connaissance des environnements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, une maîtrise de base de statuts médicaux, un éclairage régulier sur la démographie médicale et paramédicale sur son territoire de santé et des informations actualisées sur son activité, ainsi que tous éléments utiles à l'exercice de sa fonction d'animation et de coordination des professionnels de santé. S'agissant des personnels hospitaliers, le chef de pôle doit s'appuyer sur des cadres formés ⁽³⁵⁾ et impliqués dans la vie du pôle et/ou situés à sa proximité et disposer des éléments utiles lui permettant d'agir et de réagir avec rapidité et discernement dans le domaine des ressources humaines.

C'est ainsi que pourraient lui être, notamment, confiés les domaines suivants dans le respect des règles et de la délégation de gestion arrêtée par le directeur chef d'établissement, en lien avec les autres acteurs de la fonction ressources humaines :

- fixation des objectifs et évaluation des résultats et des performances,
- organisation et gestion du temps de travail des personnels médicaux et hospitaliers,
- proposition de priorités en matière de formation et de politique d'intéressement,
- gestion des moyens en personnel médical et hospitalier en fonction de l'activité,
- gestion des congés,
- préparation des recrutements et gestion des remplacements,
- validation de la période probatoire des praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel et de la période de stage pour les personnels hospitaliers,
- définition, avec les cadres de proximité et avec l'appui-conseil du directeur des soins, des fiches de postes et de l'évaluation annuelle des personnels hospitaliers (l'affectation relevant de la direction des ressources humaines, en lien étroit avec le directeur des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles relevant de celle du directeur des soins pour les personnels hospitaliers).

Recommandation n°17 : Encourager la démarche contractuelle et partenariale aux différents échelons de l'hôpital, sans nécessité de textes nouveaux (directeur chef d'établissement, directeur-adjoint chargé des ressources humaines, autres directeurs-adjoints et directeur des soins, président de CME, chef de pôle, responsable de structure interne, cadre).

(35) On se reportera ici à la mission IGAS relative à la formation des cadres hospitaliers (Céline MOUNIER/Michel YAHIEL dont les conclusions devraient être disponibles au moment de la publication du présent rapport.

2.4 Intensifier la vie des instances et la relation avec les partenaires sociaux

Il va de soi que le Comité technique d'établissement (CTE) conserve son rôle central sur les questions importantes, que la loi HPST prévoit de lui soumettre et que précise le récent décret du 30 avril 2010.

Mais l'enjeu consiste désormais à bien articuler cette instance nécessairement lourde mais qui constitue actuellement le socle du dialogue social institutionnel, avec la démarche de concertation interne que doit développer le chef de pôle, car si les attributions sont distinctes, il est clair que les problématiques concernant les personnels (la formation, les conditions de vie au travail entre autres) y seront immanquablement abordées de manière plus ou moins superposée.

Si l'on ajoute l'importance du dialogue social « informel », par lequel nombre de situations trouvent un règlement, on voit bien que les chefs de pôle, épaulés par leurs équipes, doivent s'impliquer dans ce dialogue social de proximité.

Sans qu'il soit possible de prévoir un schéma type qui ferait peu de cas des organisations et des situations locales, du moins peut-on faire en sorte que les équipes dirigeantes abordent ces questions et conduisent les concertations internes et avec les partenaires sociaux, pour tenter de définir les approches les plus équilibrées, en évitant tant le contournement des instances – qui viendrait gravement les délégitimer - que la réduction du dialogue social à leurs seules réunions officielles.

La rénovation du dialogue social dans la fonction publique affirmée par la loi du 5 juillet 2010 autorise d'ailleurs à revisiter les modèles existants et à conquérir les espaces encore inexplorés ou inexploités.

L'adaptation nécessaire des établissements et des organisations et l'évolution forte du mode de gouvernance hospitalière rendent encore plus légitimes et utiles de construire une relation sociale basée sur un partenariat responsable.

En effet, les insuffisances du dialogue social dans la fonction publique sont régulièrement soulignées car il se limite traditionnellement à l'information, la consultation et la concertation ⁽³⁶⁾.

De fait, la concertation dans la fonction publique hospitalière s'exerce au travers de nombreuses instances consultatives, émettant donc des avis, dont les domaines de compétence et les champs d'action méritent d'être précisés, car un grand nombre d'entre elles reste parfois méconnu ou peu activé.

2.4.1 Au niveau national

2.4.1.1 Personnel médical titulaire ou probatoire

2.4.1.2 1- Le Comité Consultatif National Paritaire (CCNP)

Il est créé par voie réglementaire : Article R 6152-327 du CSP.

(36) Cf. notamment, les rapports de Jacques FOURNIER en 2002, d'Alain LHOSTIS en 2003 et du séminaire de l'ENA consacré au dialogue social, en 2004.

Il est consulté par le Ministre chargé de la santé sur les questions générales relatives aux praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel et, notamment celles touchant leurs conditions de vie au travail et à leur situation, à l'exclusion des dispositions statutaires.

Cette instance nationale, créée en 2006, a été mise en place en 2008 sous l'impulsion de la DGOS et du CNG, mais elle mériterait d'être régulièrement réunie pour s'affirmer en tant que lieu de dialogue social national avec les praticiens sur les questions d'ordre général qui les concernent.

2- Les Commissions statutaires nationales (CSN)

Elles sont créées par voie réglementaire : Article R 6152-324 du CSP. Elles sont consultées pour la nomination, la titularisation ou la prolongation de période probatoire d'un praticien hospitalier en cas d'avis locaux divergents ainsi que sur le placement d'un praticien hospitalier en recherche d'affectation.

Elles assurent également le rôle de commission d'insuffisance professionnelle à l'égard de ces professionnels.

Depuis leur transformation en 2006 principalement en commissions nationales d'appel en cas d'avis divergents ou défavorables localement pour la nomination d'un praticien hospitalier, ces commissions nationales statutaires axent davantage leurs travaux sur l'aspect qualitatif des situations qui leur sont soumises. Leur rôle est important et reconnu.

3- Le Conseil de Discipline (CD)

Il est issu d'une base réglementaire : Article R 6152.310 et suivants du CSP.

Il a à connaître des procédures disciplinaires relatives aux praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel.

Le conseil de discipline des praticiens hospitaliers concerne peu de situations chaque année (une dizaine). Il est important de rappeler que des dispositifs d'accompagnement et de soutien mis en place par le CNG, dans le cadre ou en dehors de la recherche d'affectation, en agissant précocement sur les situations tendues ou difficiles permettent souvent de limiter voire d'éviter le recours à des procédures plus lourdes et plus contraignantes en facilitant le repositionnement professionnel.

4- La commission nationale de l'activité libérale (CNAL)

Prévue à l'article L. 6154-1 du CSP, elle donne un avis au ministre chargé de la santé sur les recours hiérarchiques à l'encontre des décisions de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale des praticiens hospitaliers prononcées par le directeur général de l'ARS.

5- Le Comité de Coordination de la Formation Médicale Continue (CCFMC)

Créé par voie législative (articles L 4133-3 et R 4133-12 du CSP), il a été abrogé par la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 (Article 59-II) et remplacé par les dispositions relatives au Développement professionnel continu.

6- Le Comité National pour l'Évaluation Médicale

Créé par voie réglementaire (Article D 1414-49 du CSP), il a été abrogé par le décret n°2010-344 du 31 mars 2010 (Article 62).

7- Le Conseil National des Ordres Professionnels

Il est créé par voie législative : Articles L 4122-1 et R 4122-1.s, articles L. 4231-1 et L.4231-4 du CSP.

Il existe un ordre spécifique à chaque catégorie de professionnels concernés : médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes.

Il remplit sur le plan national la mission d'observation des devoirs professionnels et des règles édictées par le code de déontologie.

Il étudie toutes questions ou tous projets soumis par le Ministre chargé de la santé.

Il est doté d'une chambre disciplinaire nationale, instance d'appel des décisions rendues par les chambres disciplinaires de première instance.

Ces conseils nationaux sont très actifs et concernent aussi les praticiens hospitaliers dans leur exercice à l'hôpital, même si des dispositifs spécifiques d'ordre administratif existent par ailleurs.

2.4.1.2 Personnel hospitalier (Fonction Publique Hospitalière)

1- Le Conseil Supérieur commun de la Fonction Publique (CSFP) et le Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière (CSFPH)

Ils sont créés par la voie législative : loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 (CCFP) et loi n°86.33 du 9 janvier 1986 (CSFPH).

Le premier connaît de toute question d'ordre général commune aux trois fonctions publiques dont il est saisi.

Le second est compétent pour les questions générales concernant les personnels hospitaliers (FPH) (statut, rémunération, régime indemnitaire, formation, promotion professionnelle...). C'est l'instance nationale majeure pour l'ensemble des personnels hospitaliers. Régulièrement réuni, il participe activement au dialogue social dans la fonction publique hospitalière au travers des représentants institutionnels et professionnels (8 organisations syndicales) qu'il rassemble sur les sujets d'ordre général relatifs aux ressources hospitalières autres que médicales.

2- Le Comité Consultatif National Paritaire (CCNP) - le Comité Consultatif National (CCN)

Il est issu d'une base législative : Article 25 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifié par loi n°2010-751 du 5 juillet 2010. Paritaire à l'origine, il perd cette qualité à la suite de sa modification par la loi du 5 juillet 2010.

Un tel comité est institué pour chaque corps de directeurs de la fonction publique hospitalière (directeur d'hôpital, directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social et directeur des soins).

Il s'intéresse aussi aux questions d'ordre général (démographie, formation, régime indemnitaire, compte-épargne temps, recrutement...).

Comme pour le personnel médical, son intérêt n'est plus à démontrer.

L'organisation de réunions régulières faciliterait sans doute l'échange d'informations et nourrirait la réflexion nationale engagée avec les trois organisations syndicales représentatives des trois corps des directeurs gérés par le CNG (directeurs d'hôpital, directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social et directeurs des soins).

3- Les commissions administratives paritaires nationales (CAPN)

Prévues à l'article 19 de la loi n° 86 .33 du 9 janvier 1986 modifiée et précisées dans le décret n°91-790 du 14 août 1991, ces CAPN sont compétentes à l'égard des personnels de direction et des directeurs des soins. Elles sont consultées sur les projets de titularisation et de refus de titularisation, ainsi que sur les questions d'ordre individuel relatives notamment à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques, les listes d'aptitude, le temps partiel, la mise à disposition, le détachement, la position hors cadres, la disponibilité, l'évaluation, l'avancement d'échelon, l'avancement de grade, le reclassement pour raison de santé, la discipline, la démission, la perte d'emploi et le licenciement pour insuffisance professionnelle .

L'ensemble de ces instances fonctionne de manière efficace, ce qui ressort notamment du questionnaire de la mission, même si certaines d'entre elles mériteraient sans doute d'être davantage mobilisées (CCNP/CCN notamment).

Les commissions administratives nationales paritaires se réunissent quant à elles à rythme soutenu pour traiter des questions d'ordre individuel pour les trois corps de directeurs concernés. Leur fonctionnement est déclaré satisfaisant par les organisations professionnelles concernées.

2.4.2 Aux niveaux régional/interrégional et départemental

2.4.2.1 Personnel médical titulaire et probatoire

1- La Commission Régionale Paritaire (CRP)

Elle est créée par voie réglementaire : Article R 6152-325 du CSP. Elle est consultée par le DGARS sur :

- l'organisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et l'évolution de cette organisation,
- le suivi de la mise en œuvre des engagements relatifs à la part complémentaire variable de rémunération,
- le suivi budgétaire des emplois médicaux et en particulier leur adaptation aux besoins de l'activité hospitalière.

Elle est destinataire d'un bilan annuel des postes de praticiens dont la vacance a été publiée, ainsi que des transformations ou transferts d'emplois de praticiens réalisés dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération.

Cette commission peut se voir confier, à la demande du CNG, une action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits.

Elle peut faire toute proposition au CNG pour améliorer la gestion des praticiens.

La création des CRP en 2006 laissait augurer un espace de dialogue social fort au niveau régional. Dans la réalité, peu se sont réellement mises en place ou ont fonctionné de manière régulière et efficace.

Or, la volonté de moderniser les ressources humaines à l'hôpital nécessite d'investir ou de réinvestir cette dimension originale et spécifique du dialogue social destiné aux praticiens hospitaliers.

Elle constitue en effet un véritable enjeu stratégique aujourd'hui si l'on veut accompagner de manière optimale et sereine la transformation du paysage sanitaire.

Au-delà des compétences prévues par les textes en vigueur, les DGARS devront veiller à renforcer sa compétence dans les domaines de la démographie, des actions de coopération sur le territoire de santé, de la prévention des risques psychosociaux et de l'accompagnement humain, en lien avec le CNG, pour les praticiens et les directeurs, notamment lors d'opérations de restructuration.

2- Le Comité Régional de la Formation Médicale Continue

Créé par voie législative (articles L 4133-4 s et R 4133-125 (médecins) et R 4236-8 (pharmaciens) du CSP) , il a été abrogé par la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 (Article 59-II) et remplacé par les dispositions relatives au Développement professionnel continu.

3- Le conseil régional et interrégional des Ordres Professionnels

Il est créé par voie législative : Articles L 4124-11 s et L 4312-5 s du CSP.

Il remplit sur le plan régional et interrégional des missions comparables à celles du Conseil national.

Il est consulté par les DGARS sur les questions et projets relevant de ses compétences.

4- Les conseils départementaux des Ordres professionnels

Prévus par l'article L 4123-1 et suivants du CSP en ce qui concerne les professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, ils exercent dans le cadre départemental et sous le contrôle des conseils nationaux, les attributions générales de l'Ordre.

2.4.2.2 Personnel hospitalier (Fonction Publique Hospitalière)

A part les commissions administratives paritaires départementales prévues à l'article 18 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, peu d'instances existent juridiquement pour les personnels hospitaliers à ces trois niveaux.

Toutefois, en raison des évolutions majeures que connaît l'hôpital, il paraît souhaitable d'encourager le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS) pour le secteur sanitaire et médico-social et le préfet de département (DDJSCS) pour le secteur social, à développer une relation sociale organisée et régulière pour soutenir l'évolution des hôpitaux dans le territoire de santé et faciliter ainsi l'adaptation de leurs structures internes, tout en assurant l'accompagnement des professionnels concernés. Une même démarche est recommandée pour le secteur social.

La mise en place, au niveau régional, d'une structure ou d'une fonction d'observation, d'échange d'informations et d'appui-conseil serait ici des plus utiles, en lien avec les deux directions concernées aux sein des Ministères chargés de la santé et des affaires sociales (DGOS et DGCS) et avec le Centre National de Gestion (CNG).

2.4.3 Au niveau local (établissement)

2.4.3.1 Personnel médical titulaire et probatoire

1 La commission médicale d'établissement (CME)

Crée par la loi (article L 6144-1 s et R 6144-1 s du CSP), la CME « *contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle propose au directeur un programme d'actions assorties d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge* ».

Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, la CME a été recentrée sur la politique de qualité et de sécurité des soins, sur la bonne prise en charge des patients et de leur famille ainsi que sur les programmes d'actions correspondant.

Son rôle, et surtout celui de son président en matière d'évaluation des pratiques professionnelles et son investissement attendu dans la recherche et l'innovation doivent être particulièrement soulignés.

2 La Commission locale de l'activité libérale (CLAL)

Elle est créée par voie réglementaire : Articles R 6154-11 à R 6154-14 du CSP.

Elle est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des règles législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

Elle peut se saisir de toutes questions relatives à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le DGARS, le directeur de la CPAM, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur chef d'établissement.

Un praticien peut également la saisir sur toute question relative à l'exercice de son activité libérale à l'hôpital.

Souvent irrégulièrement réunie, cette commission locale de l'activité libérale nécessite une attention très particulière de la part des directeurs chefs d'établissement, au nom de la transparence et de l'équité. Si le droit à l'activité libérale est posé en principe et en règle, il est tout aussi indispensable que cette pratique ne soulève pas de doute chez les patients et les autres professionnels de l'hôpital.

2.4.3. 2 Personnel hospitalier (Fonction Publique Hospitalière)

1 Le Comité technique d'Etablissement (CTE)

Créé par voie législative (article L 6144-3 et R 6144-40 du CSP), il est propre à chaque établissement.

Il est obligatoirement consulté sur :

- le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L.6143-7 ;
- les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- la politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi qu le plan de développement professionnel continu ;
- les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L.6114-1 ainsi que de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L.6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L.6143-7.

Le Comité technique d'établissement est un lieu de dialogue naturel sur les questions d'intérêt collectif et général pour les personnels hospitaliers. Les attributions que lui confère la réglementation en vigueur confirment la place importante qu'il tient et doit tenir à l'hôpital, milieu professionnel exceptionnel de force et d'exigence avec son fonctionnement continu, 24h sur 24, 365 jours par an.

2 Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Elles sont créées par voie législative (Cf. article 17 de la loi n° 83-33 du 9 janvier 1986). Le décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003 précise notamment ses attributions.

Elles assurent au plan local le même rôle que les CAPN au niveau national.

Leur rôle est pleinement reconnu dans la construction du dialogue social de proximité car il touche à la gestion individuelle des carrières de tous les personnels titulaires et stagiaires de l'hôpital.

3- La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

Elle est prévue par l'article L 6146-9. Elle est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- La politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2 du CSP ;
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Cette commission joue un rôle majeur à l'hôpital et la dynamique portée dans ce cadre par le directeur des soins en sa qualité de coordonnateur général des soins paramédicaux doit être particulièrement soulignée. C'est une structure de dialogue professionnel essentielle face aux enjeux de santé publique et à la nécessité de piloter la politique de qualité des soins à l'hôpital.

2.4.3.3 Personnel hospitalier et médical (instance commune) : Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Il est créé par voie législative. Il est compétent pour le personnel médical et le personnel hospitalier.

Au terme de l'article L. 4612-1 du Code du Travail, « *Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission :*

- *De contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure ;*
- *De contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ;*
- *De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières ».*

Sa mission et ses capacités d'action sont très larges (cf. Articles L 46-12 et s du code du travail).

Né de l'extension à la fonction publique des dispositions du code du travail, le CHSCT doit affirmer encore plus sa place à l'hôpital en tant qu'instance commune aux personnels hospitaliers mais aussi médicaux.

Les attributions que le droit lui confère sont importantes pour la considération dont on doit entourer l'ensemble des personnels, avec le développement nécessaire du volet relatif aux conditions de vie au travail.

Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ont été de ce point de vue un exemple qu'il convient de suivre et d'encourager.

L'enquête nationale réalisée par la mission a bien mis en évidence à la fois la performance des DRH dans ce champ d'activité et l'attente forte qui s'exprime pour aller encore plus loin ⁽³⁷⁾.

Car si cette instance confirme son positionnement clair et incontournable à l'égard des personnels hospitaliers qui, par sa composition même, lui reconnaît une place dominante en raison du volume des effectifs concernés, son implication n'est aujourd'hui pas ou que peu affirmée au profit des personnels médicaux.

Il paraît pourtant important que les questions relatives à l'hygiène, à la sécurité, à la prévention des risques professionnels à leur profit, aux rythmes de travail et aux conditions de vie au travail puissent y être aussi débattues.

Ceci n'empêche pas de réfléchir à une meilleure organisation de la prise en charge de la médecine de prévention et des conditions de vie au travail pour les praticiens et les directeurs, peut-être en l'élevant à un niveau supérieur, régional, interrégional voire national.

(37) Cf. Volume II annexé au présent rapport (pages 24 et 25)

Recommandation n° 18 : Positionner et conforter les instances de représentation sociale à tous les niveaux (national, régional et local) :

- au niveau national, en réunissant régulièrement les CCNP (praticiens) et CCN (directeurs) et en valorisant le fonctionnement des CSN pour les praticiens et le travail coopératif avec les conseils nationaux des ordres professionnels et en faisant connaître très largement les sujets traités par le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière;

- au niveau régional, en optimisant le fonctionnement indispensable des CRP pour les praticiens et en développant un espace de dialogue régional pour les personnels hospitaliers ;

- au niveau local, en assurant la promotion des travaux de la CME, en garantissant le bon fonctionnement de la commission locale de l'activité libérale pour les praticiens et en confortant le fonctionnement de la CME, du CTE, de la CSIRMT, du CHSCT et des CAPL.

Il importe enfin de souligner que le dialogue social se construit aussi sur le terrain, de plus en plus à proximité des équipes, et que le rôle des partenaires sociaux est essentiel à la réussite d'une véritable politique de gestion et de modernisation des ressources humaines.

2.5 Répondre au besoin d'une Administration centrale et régionale éclairée et compétente

L'un des facteurs de succès résidera d'évidence dans la capacité des ARS à trouver le bon équilibre entre encouragement à l'autonomie ⁽³⁸⁾ et capacités internes de régulation des initiatives : à tout le moins ceci suppose que l'expertise RH dédiée aux besoins, il est vrai complexes des agences, puisse aussi embrasser les questions propres aux établissements de santé.

En effet, l'enjeu pour les DGARS en matière de ressources humaines est majeur car il conditionne l'adaptation permanente de la réponse aux besoins sanitaires et médico-sociaux dans les territoires de santé. La nécessité d'observer et de suivre dans la durée l'évolution des emplois et des compétences en s'appuyant sur des bilans réguliers, des cartographies actualisées des métiers réellement exercés en tant qu'ensemblier régional de la gestion prévisionnelle et prospective développée au niveau local doit être considérée par les DGARS comme un axe primordial de leur politique.

Il leur appartient aussi d'identifier les attentes des établissements dans le domaine des ressources humaines et d'anticiper les évolutions nécessaires en termes de volume d'emplois, d'évolution des compétences et des qualifications, de maîtrise de l'appareil de formation et de la masse salariale ainsi que de l'évolution des techniques et des modes de prise en charge qui influencent considérablement l'exercice des professions.

(38) Les responsables administratifs ayant été assez marqués par le fait que le très complexe chantier de l'ARTT a pu être initié dans les délais, quand la décision a été prise de laisser chaque établissement en négocier la mise en œuvre, au prix, il est vrai, d'une forte diversité de situations locales et d'un manque de temps pour repenser, au préalable, les organisations de travail.

De même l'animation, la coordination, le pilotage et la régulation de la répartition équilibrée des ressources humaines au regard des activités déployées doit être plus affirmée, dans le respect de l'autonomie des établissements.

Par ailleurs, l'évaluation sur la base d'indicateurs nationaux et/ou régionaux des actions mises en œuvre pour soutenir et accompagner l'évolution des établissements dans une dynamique volontariste pour moderniser leurs ressources humaines doit être confortée par le rôle d'appui, d'expertise, de conseil et, le cas échéant, de contrôle que doivent assurer les DGARS.

Dans ce cadre, les principaux outils de pilotage et indicateurs de gestion des ressources humaines sont proposés en annexe 4 pour permettre aux décideurs et à leurs partenaires d'avoir des éclairages complémentaires utiles à leur réflexion collective.

Des expérimentations pourraient être également conduites et des outils développés, notamment avec l'appui méthodologique de l'ANAP, pour optimiser l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital sur le volet ressources humaines.

Enfin, la diffusion régulière de guides et de référentiels sur la gestion et la modernisation des ressources humaines contribuera à l'harmonisation des bonnes pratiques de gestion entre les établissements, pour favoriser notamment les coopérations et les restructurations, en évitant le jeu de concurrence parfois considéré comme déloyal.

Ainsi, l'approche et les modes opératoires de l'Etat avec les établissements nécessitent d'anticiper les évolutions des structures et des organisations (communautés hospitalières de territoire, groupements de coopération sanitaire, directions communes..) pour assurer, dans les délais, le renouvellement des professionnels, nombreux, qui partent à la retraite, les reconversions professionnelles justifiées par l'évolution des techniques et des modes de prise en charge ou par l'intérêt de diversifier les parcours professionnels.

Il appartiendra aux DGARS de veiller aux stratégies globales notamment de formation, d'emploi et de conditions de vie au travail.

Ils auront aussi à encourager, dans une approche professionnelle et humaine, la mobilité géographique et fonctionnelle pour répondre aux besoins de la population et pour conforter et promouvoir les compétences.

Leur implication sera également essentielle dans le repérage des professionnels à potentiel ou à haut potentiel pour aider le CNG à la constitution de viviers professionnels (praticiens et directeurs).

S'agissant des personnels médicaux, ils devront garantir la permanence des soins dans une approche de complémentarité et de partage de cette exigence entre établissements et professionnels de santé.

Ils contribueront aussi, avec les établissements, à la promotion de l'attractivité des postes médicaux et hospitaliers pour réduire les vacances d'emplois (ex : contrat d'engagement de servir des étudiants et des internes pour exercer dans les régions et les disciplines en sous-densité médicale, postes à recrutement prioritaire dans certaines régions, postes difficiles, etc.).

Ils inscriront enfin leur action en appui ou en substitution du niveau local en cas de nécessité de médiation ou de gestion de conflits.

La même exigence est a fortiori posée à l'échelon national, sous l'égide du Conseil national de pilotage et de la DGOS, voire la DGCS, chacun pour ce qui le concerne. Ainsi, l'énergie importante déployée pour la montée en charge des ARS, ne devrait pas occulter l'ampleur du soutien et donc des compétences mobilisables que requiert le chantier de la GRH hospitalière en tant que telle.

Le rôle de pilotage national des ressources humaines hospitalières doit être en effet particulièrement souligné.

Il passe par la définition pluriannuelle des grandes orientations en la matière, par la déclinaison de programmes annuels d'actions prioritaires, par la mise à disposition des ARS et des responsables hospitaliers de guides méthodologiques actualisés et par la constitution de circuits d'informations organisés et rapides concernant les règles statutaires et les évolutions touchant le champ des ressources humaines.

Il doit être aussi conforté par le développement de structures ressources aux niveaux national et régional, en appui aux directeurs des ressources humaines des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

Recommandation n°19 : Organiser l'Administration centrale (DGOS et DGCS) et régionale (ARS et préfet de département : DDJSCS) pour assurer son rôle de pilotage de la politique et de régulation des ressources humaines, d'évaluation de la qualité des soins et de contrôle général du système de santé et responsabiliser les chefs d'établissements au travers de la contractualisation externe (CPOM) et, le cas échéant, de délégations formalisées de missions touchant aux ressources humaines.

Bien percevoir les enjeux, clairement identifier les règles du jeu pour, par la même, assurer la modernisation des ressources humaines et optimiser l'efficacité institutionnelle, telles sont les orientations stratégiques qui doivent être portées par l'Etat et les établissements aujourd'hui.

A cet égard, la mise en place d'un réseau technique pluridisciplinaire en GRH, associant *intuitu personae* des gestionnaires, des praticiens, des cadres soignants et administratifs, permettrait à la DGOS, à la DGCS et plus largement aux Ministères chargés de la Santé et des Affaires sociales, en lien avec leurs opérateurs de se tenir informés des grandes tendances, des expérimentations mais aussi des difficultés du moment, tout en disposant d'un lieu d'échange professionnel pour tester ou affiner un certain nombre de projets.

Adosser ce réseau à un intranet renforcerait sa réactivité, tout en limitant les charges de déplacement et en capitalisant les données, qu'il serait ainsi possible de rendre accessibles aux autres parties prenantes, selon les sujets. Bien entendu, les ARS pourraient s'inspirer de ce fonctionnement pour le dupliquer sur leur territoire, en l'adaptant autant que de besoin.

Recommandation n° 20 : Créer un réseau professionnel pluridisciplinaire en gestion des ressources humaines, soutenu par un système intranet interactif, pour mutualiser les connaissances et le partage d'informations entre autorités de l'Etat et réseaux professionnels sur la base d'un mouvement ascendant et descendant.

3- Outiller et appuyer la fonction ressources humaines

3-1 Doter le secteur hospitalier d'une « vision RH »

Une tradition constante dans les Fonctions publiques consiste à considérer qu'une GRH juridiquement régulière constitue un impératif tel qu'il suffit, au fond, à en qualifier l'efficacité. Sous l'effet des contraintes budgétaires croissantes, qui rapprochent d'ailleurs les préoccupations des DRH publiques et privées, un risque symétrique serait de ne considérer la performance RH qu'en termes quantitatifs et notamment de volume d'effectifs.

Or, tout démontre que ces deux paramètres, pour essentiels qu'ils soient, ne peuvent suffire aujourd'hui, au regard des nombreux autres objectifs qu'une politique des ressources humaines authentique doit viser et atteindre dans un secteur aussi important, en particulier du point de vue des besoins individuels et collectifs des agents.

L'enquête nationale réalisée met en évidence l'importance de l'attractivité de l'établissement et la fidélisation du personnel qui recueille le suffrage du personnel (73%) ainsi que de la gestion des métiers et des compétences (68%) (39).

A l'inverse, la mobilité, l'accompagnement et la reconversion professionnelle se classent sans surprise aux derniers rangs.

Tous les autres domaines d'activité proposés (objectifs et évaluation, stratégie RH, politique de formation, vivier de potentiels, pilotage du temps de travail, innovations et intéressement...) suscitent des avis partagés en matière de priorités.

Pour autant, la politique de formation confirme sa première place dans l'appréciation du service rendu par la direction des ressources humaines (58%) alors que les autres domaines d'activité sont considérés comme plus moyennement assurés.

Dans ce contexte et face à ces attentes, la difficulté va être évidemment de trouver le bon équilibre entre un cadre institutionnel et statutaire national, un pilotage d'ensemble déconcentré au niveau régional pour l'essentiel et une dynamique managériale qui ne peut s'incarner qu'au niveau du terrain. Dans ces conditions, imprimer des axes stratégiques au sens d'une fonction RH « groupe » est particulièrement exigeant, a fortiori dans des établissements de taille petite ou moyenne, dont les équipes dédiées ne sont pas très développées.

Dans ces conditions, la seule voie possible semble être de décliner aux différents niveaux une approche cohérente. Au plan central, qui est celui des politiques, il s'agit de « porter » un discours articulé sur la dimension humaine et sociale de la performance hospitalière, à travers par exemple un volet dédié du Pacte solidaire de santé.

(39) Cf. volume II annexé au présent rapport (pages 28 à 30)

Sans perdre de vue la singularité de ce secteur et ses valeurs fondamentales, cette démarche s'apparente à celle que conduisent de grands opérateurs économiques pour affirmer leur « marque employeur », incluant des éléments forts d'identification et de reconnaissance en direction de l'ensemble des professionnels. Autrement dit, il serait périlleux de s'engager dans une telle voie sans perspective concrète, d'ordre statutaire ou financier mais, l'existence de ces avancées et de leur programmation ne peut résumer l'ensemble de cette approche.

Ensuite, il paraît fondamental que les leviers de programmation mis en place par les ARS incorporent au bon niveau les préoccupations RH des établissements, à tout le moins des données physiques fiables et prospectives, ceci dans un dialogue évidemment constant avec l'ensemble des acteurs.

De même, il est recommandé de simplifier les modes de recrutement par concours (publications, jurys, critères de sélection, regroupement de certains concours ...) et de revoir à terme le régime indemnitaire des personnels médicaux et hospitaliers pour donner une lisibilité plus grande aux acteurs de la fonction ressources humaines et aux personnels médicaux et hospitaliers.

Le passage de la notation à l'évaluation pour l'ensemble des personnels relevant de la fonction publique hospitalière (comme elle existe déjà pour les directeurs) doit être encouragé à court terme, au moins à titre expérimental, tandis que l'intéressement collectif doit être débattu avec les partenaires de la fonction ressources humaines et les représentants des organisations syndicales pour une mise en application effective en accompagnement de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Au plan national, un bilan – près de dix ans après – de l'application du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail est à réaliser pour évaluer l'existant et proposer des pistes d'amélioration possibles.

Recommandation n° 21 : Porter au niveau national un discours lisible sur la dimension humaine et sociale de la performance hospitalière (emplois, formation, parcours personnalisé de carrière, évaluation, conditions de vie au travail, reconnaissance de l'engagement collectif et individuel, soutien et accompagnement lors de restructurations...), avec déclinaison au niveau régional.

La création d'un observatoire national est indispensable, sur des bases qui peuvent être progressivement enrichies, étant entendu qu'il conviendrait de concevoir ce dispositif dans un cadre négocié afin d'en faire un outil d'éclairage du dialogue social.

S'agissant de l'organisation et des moyens de gestion des ressources humaines, l'enquête nationale souligne la nécessité d'une fonction ou d'un interlocuteur de proximité et confirme l'intérêt de renforcer la politique de ressources humaines par la mise au point de normes de bonnes pratiques en gestion et le développement d'outils adaptés à cette gestion mais aussi l'apport d'une veille sociale (baromètre social), d'études et d'un reporting social (climat social), appuyés par des tableaux de bord et un système d'information spécifique (40)

(40) Cf. volume II annexé au présent rapport (pages 30 à 32)

Recommandation n° 22 : Promouvoir un observatoire social national pour les établissements relevant de la fonction publique hospitalière, soit par élargissement des missions de l'observatoire national des métiers de la fonction publique hospitalière, soit par création d'un observatoire spécifique, avec mise en place d'un baromètre et d'indicateurs sociaux et d'éléments de comparaison avec les secteurs sanitaire, social et médico-social privés à but lucratif ou non, en y associant les partenaires sociaux représentant le personnel médical et hospitalier.

Aux niveaux régional et local, un accent devra être mis sur l'observation, l'anticipation et la prospective dans le domaine des ressources humaines.

Recommandation n° 23 : Développer l'observation sociale au niveau régional (ARS), avec déclinaison locale pour anticiper, mesurer et prévoir les évolutions et leur impact sur les organisations, le fonctionnement, les conditions de vie au travail et l'emploi, en lien avec les partenaires sociaux représentant les mêmes catégories de personnel.

3.2 Consolider la fonction et la filière RH

En premier lieu, il faut admettre que la gestion de carrière des directeurs d'établissement constitue un paramètre clé pour envisager la question du profil des DRH. Deux écueils se présentent ici : soit une trop grande « volatilité » d'une fonction exercée à un moment donné du cursus, mais sans continuité suffisante, soit une spécialisation durable qui pourrait se transformer en enfermement si elle ne bénéficie pas de mesures d'accompagnement dans la durée.

Une voie moyenne pourrait consister à se doter d'un vivier de compétences ad hoc, que le CNG aurait à charge de maintenir, de sorte que les responsables d'établissement puissent s'y référer quand un poste de DRH devient vacant. Dans ce cadre, une évolution devrait rapidement aboutir à ce que ces fonctions, quand elles concernent soit un établissement important, soit une structure soulevant des problèmes particuliers, soient confiées à des professionnels expérimentés du secteur.

Recommandation n° 24 : Constituer avec le CNG un vivier de professionnels à potentiel et haut potentiel pour améliorer la performance des parcours professionnels des praticiens et des directeurs.

Au sein des établissements, on peut penser que la délégation interne entre Directeur chef d'établissement et DRH gagnerait à être autant que possible la plus large possible, ce qui semble le corollaire indispensable au bon fonctionnement de la délégation de gestion avec les pôles.

De même, l'attribution d'une double compétence des DRH sur les personnels FPH et les praticiens qui ne saurait être imposée, paraît être à encourager, tandis que les articulations entre DRH et directeurs des soins devraient toujours conserver à la première la maîtrise des leviers fondamentaux de la GRH (41).

Recommandation n° 25 : Encourager l'unité d'approche des ressources humaines par la mise en place d'une structure commune (personnel médical et hospitalier) ou de structures distinctes très articulées entre elles, pour étudier, mettre en place et valoriser la transversalité des sujets relatifs à la gestion et à la modernisation des ressources humaines.

Au-delà des DRH, l'enjeu est d'organiser une véritable filière RH. Un travail ad hoc devrait permettre d'actualiser sur ce plan le répertoire des métiers en mesurant son impact réel sur le terrain et en assurant son déploiement sur la base de fiches métiers adaptées au contexte et aux besoins de l'établissement, un débouché naturel étant aussi la cartographie des emplois et des compétences des personnels médicaux et des directeurs confiée au CNG dans son Contrat d'objectif et de moyens 2010-2013. Ces référentiels simples auraient vocation à alimenter les filières « statutaires » concernées par les positions managériales, corps des directeurs, attachés d'administration hospitalière, ingénieurs, cadres supérieurs et cadres de santé, adjoints des cadres, techniciens supérieurs...

Recommandation n°26 : Actualiser et promouvoir le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière et élaborer un répertoire des métiers médicaux.

Ces référentiels serviraient de socle à des actions de formation, dans un contexte où la réflexion sur le management hospitalier se développe rapidement, au bénéfice des réformes en cours des différents cycles de formation organisés par l'EHESP, lesquels, tout particulièrement sur ces sujets, gagneraient à une plus grande transversalité (42).

Recommandation n° 27 : Soutenir la fonction de directeur des ressources humaines par des actions de formation adaptées, spécialisées et actualisées par le biais de l'EHESP, par des stages en entreprises et à l'étranger et par la participation à des travaux de recherche autour de leur triple mission : stratégie, expertise et management, dans le cadre d'un véritable parcours de professionnalisation.

(41) Le nouveau référentiel « métier » des directeurs des soins y contribuera, notamment en insistant sur le rôle clé de ces professionnels en matière d'évaluation des pratiques des personnels paramédicaux.

(42) Dans l'esprit des instituts régionaux du management proposé par la mission de Singly, en substitution aux actuels instituts de formation des cadres de santé (cf rapport de la mission IGAS précitée sur la formation des cadres hospitaliers).

Ce parcours pourrait être favorisé par des rencontres, séminaires, journées d'information, de formation, d'étude et de réflexion, sous l'impulsion de la DGOS (secteurs sanitaire et médico-social) et de la DGCS (secteur social) aux Ministères chargés de la santé et des affaires sociales, en lien notamment avec les Universités en charge du dispositif diplômant, la FHF et l'ADRHESS.

Dans un autre ordre d'idées, il serait intéressant de décloisonner les pratiques professionnelles non seulement entre les divers acteurs de la fonction RH, mais aussi entre ces derniers et leurs pairs des autres administrations voire du secteur privé. La prise en charge d'une adhésion à des associations professionnelles territorialisées en serait une voie assez pratique, permettant de marquer une certaine forme de « reconnaissance », étant observé que le secteur hospitalier reste très peu représenté à ce jour dans ces réseaux, contrairement aux deux autres fonctions publiques, aux organismes de protection sociale, voire aux établissements de santé privés.

Recommandation n° 28 : Décloisonner les pratiques professionnelles en participant à des rencontres régulières avec des organismes spécialisés dans le domaine des ressources humaines au sein de la région ou du territoire de santé.

3.3 Conforter les gestionnaires

L'ampleur des priorités et des programmes d'action relevant de la GRH impose de créer des systèmes d'appui et de mutualisation.

La mise en place de pôles d'expertise si possible régionaux semble ici de bon sens.

Ainsi, le défi de la conduite des restructurations et du pilotage des reconversions suppose de mobiliser des savoir-faire de plus en plus pointus, qui ne sauraient être partout répliqués : la plate-forme dédiée mise en place à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (APHM) en constitue un bon exemple. Le recours par les gestionnaires aux moyens nationaux ou déconcentrés (interventions de l'ANAP, de l'ANFH, du FORMEC, voire du CNG pour les personnels dont il a la charge) ⁽⁴³⁾ nécessite d'ailleurs des capacités d'ingénierie adaptées pour optimiser l'utilisation de ces différents moyens. Il en va de même pour l'application des règles de mobilité rendues possibles, entre les trois fonctions publiques, par la loi du 3 août 2009.

Toujours dans la sphère technique, l'appui mutualisé pourrait aussi être fort utile dans des domaines aussi lourds que la gestion de l'inaptitude, des comités médicaux, des retraites..., outre bien sûr celle des CAP, d'ores et déjà rendu possible au niveau des CHU sur leur ressort. Des questions plus sociétales, mais tout aussi sensibles, comme la prévention des risques psycho-sociaux ou les actions relevant de la responsabilité sociale des entreprises (RSE) ⁽⁴⁴⁾ nécessitent aussi le soutien d'aides techniques pour accompagner les équipes opérationnelles.

(43) Dont l'Unité mobilité et développement professionnel qui a accompagné 207 personnes en 2009 (50% de PH, 50% de directeurs d'hôpital et de D3S).

(44) Le plan stratégique de l'AP-HP comporte un projet managérial qui accorde une part notable à la notion de management durable, dimension évidemment moins aisée à mettre en œuvre dans des structures de moindre taille.

L'intérêt de constituer un réseau régional voire national de référents « ressources humaines » pour effectuer des expertises ou assurer des missions d'appui, conseil et accompagnement ou développer des expérimentations avec l'appui de l'ANAP, doit être particulièrement considéré par les autorités de l'Etat au plan national (DGOS/DGCS/CNG) et régional (ARS / Préfets de département - directions départementales de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale) pour le secteur sanitaire, social et médico-social public.

Recommandation n° 29 : Favoriser la mutualisation de compétences et la mobilisation d'expertise en ressources humaines pour assurer la prise en charge optimale de certaines missions ou situations, telles que la saisine des comités médicaux, la liquidation des dossiers de retraite, les procédures d'inaptitude médicale, le soutien et l'accompagnement à la réinsertion professionnelle, à la mobilité et aux restructurations hospitalières, par la constitution de GCS, de pôle de territoire ou par voie de convention inter établissements pour le domaine spécifique des ressources humaines.

Outre le recours mutualisé à des expertises mieux réparties sur un territoire de santé et utilisant à cet effet les dispositifs prévus par la loi HPST, il serait précieux de disposer d'un intranet professionnel destiné à l'ensemble de la filière RH, appuyé par le CNG sur les sujets relevant de lui, afin d'organiser le dialogue et de faciliter l'accès des acteurs concernés à l'information, notamment juridique.

Recommandation n° 30 : Mettre en place un intranet professionnel destiné à la fonction ressources humaines, avec l'appui du CNG pour les professionnels qu'il gère (praticiens et directeurs), pour faciliter l'accès et l'échange d'informations.

L'Ecole de la GRH, créée en 2007 par la DGAFP pour la fonction publique de l'Etat met ainsi à disposition une base de données et une « foire aux questions » (FAQ), outre un dispositif de labellisation des formations et des cycles de formation dédiés (cadres dirigeants, managers, spécialistes de reconversion...). Répliquer ce système pour la FPH voire s'y adosser simplifierait probablement la mise en place d'un effort coordonné.

Recommandation n° 31 : Développer une base de données nationales spécifique, ou en association avec d'autres organismes, et mettre en place un système de questions-réponses pour assurer la fluidité des échanges avec les établissements et les professionnels.

3.4 Favoriser la diffusion d'outils adaptés

On ne gère bien que ce que l'on mesure, cet axiome étant particulièrement vérifié en matière de ressources humaines.

Au risque d'énoncer des banalités, il est certain que le déploiement d'outils modernes de type SIRH, la mise en place d'une véritable comptabilité analytique (permettant de disposer d'indicateurs simples mais fiables, alimentant notamment la fonction de reporting des pôles, y compris sur le plan budgétaire) constitue un préalable décisif à certains des progrès évoqués plus haut, mais aussi, plus simplement, à la capacité opérationnelle de réussite des réformes.

L'investissement des directeurs des ressources humaines dans les comités d'utilisateurs des SIRH doit être particulièrement encouragé pour bien prendre en compte les besoins et les évolutions nécessaires à l'optimisation de leur fonction.

Recommandation n° 32 : Promouvoir des outils internes de gestion de type système d'information ressources humaines pour faciliter la communication notamment entre le directeur chef d'établissement, l'équipe de direction, le président de la CME, les chefs et les cadres de pôle.

Les projets d'hôpital numérique, logiquement orientés vers une gestion optimale de l'activité, doivent être l'occasion de mettre à niveau le volet RH des systèmes d'information, en dépassant le stade essentiel, mais aujourd'hui insuffisant, des fonctionnalités de gestion administrative ou de paie. L'intervention des opérateurs publics, tels que l'ANAP et l'ATIH et le cadrage effectué par la tutelle devront intégrer à sa juste place cette exigence.

Recommandation n° 33: Inscrire le développement des outils informatiques de gestion des ressources humaines dans une stratégie plus globale d'optimisation du système d'information général de l'établissement, en lien avec l'ANAP et l'ATIH.

S'il ne s'agit pas d'un outil, mais plutôt d'un dispositif juridiquement encadré, la mission estime toutefois que les mécanismes d'intéressement doivent être ici mentionnés.

En tant que leviers de performance, ces systèmes, surtout quand ils sont envisagés dans un cadre collectif, avec des aspects financiers et d'autres qui ne le sont pas (accès aux formations, aménagements de locaux, etc.) sont un puissant levier, au plus près de la vie des structures internes et/ou des pôles. Dans la panoplie de la GRH, surtout à l'heure du déploiement rapide des réformes et de réorganisations parfois délicates, de tels instruments sont devenus irremplaçables, à condition de s'appuyer sur une doctrine d'emploi éclairée.

Pour optimiser une telle démarche, il est essentiel de revoir le processus d'analyse des besoins, notamment de formation, de mobilité fonctionnelle et de diversité professionnelle, en s'appuyant sur les systèmes d'information, sur les entretiens d'évaluation (cf. annexe 4), sur les travaux de réflexion menés en interne avec l'encadrement, les représentants des organisations professionnelles et, selon les spécificités identifiées, avec les groupes de professionnels concernés.

Recommandation n° 34 : Piloter, à tous les niveaux, une véritable politique d'intéressement du personnel médical et hospitalier (diversité et enrichissement des parcours professionnels, formation, promotion professionnelle, adaptation des locaux...), dans le respect de l'encadrement juridique et financier existant.

CONCLUSION

Dans un monde hospitalier en évolution forte et constante, où l'adaptation est au cœur des missions et des organisations, il est essentiel de considérer et de promouvoir la richesse que constituent les hommes et les femmes qui accompagnent son activité au quotidien.

La qualité des soins passe autant par la qualification des professionnels et la performance de leurs pratiques que par leur nécessaire motivation dans la durée.

Il est aujourd'hui temps de passer d'une fonction de ressources humaines fondée sur la gestion administrative, dont la qualité est d'ailleurs assez largement reconnue, à une approche plus stratégique de valorisation et de reconnaissance de ce capital humain incontestable, qui crée la valeur indiscutable de l'hôpital.

Les **34 recommandations** proposées ici se veulent autant de voies de progrès, dont la mission considère qu'elles peuvent concourir à faciliter les indispensables transitions entre ces deux époques, en admettant la complexité des opérations à conduire puisque la GRH ne peut évidemment pas être détachée des autres dimensions (institutionnelles, organisationnelles, techniques voire politiques) qui traversent la vie des établissements avec un fort degré d'exposition.

Chacune de ces recommandations constitue une orientation stratégique pour la fonction ressources humaines qui doit être déclinée, aux niveaux national puis régional et local, en objectifs prioritaires et en actions mesurables sur la base d'indicateurs clairs, conformément à un calendrier préalablement défini.

En tout état de cause, l'ensemble des parties prenantes peut gagner à cet effort de modernisation, sur lequel reposent, plus que jamais, les dynamiques individuelles et collectives qui préparent l'hôpital public de demain.

Danielle TOUPILLIER

Michel YAHIEL

Nous remercions tout particulièrement l'ensemble des responsables et acteurs du monde hospitalier qui ont apporté leur concours lors de cette mission, en particulier les membres du groupe national de réflexion et l'équipe du Centre National de Gestion (Mme Marie-Claude CHATENAY-RIVAUDAY-MAREL, Directrice Générale Adjointe, M. Jean-François CABON, Conseiller Technique, Mme Odile ROMAIN, Statisticienne-Démographe, Mme Sylvie JOINTRE-ROUSSEL, Assistante de Direction et M. Richard CHEN, Chef de projet informatique).

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

1- Donner du sens

1-1 Partager les enjeux

Recommandation n°1 : Soutenir la stratégie des ressources humaines dans un objectif de valorisation du service public hospitalier, véritable moteur de leur engagement et de leur action, en s'appuyant notamment sur un management de proximité (chefs et cadres de pôle).

1-2 Associer les personnels

Recommandation n° 2 : Développer une communication interne et externe, simple, rapide et régulière autour des valeurs de service public, porteuses de cohésion interne et d'engagement collectif et individuel, pour assurer la promotion de l'hôpital par les personnels eux-mêmes.

1-3 Positionner les cadres

Recommandation n°3 : Appuyer et valoriser les personnels au travers des chefs de pôle (personnels médicaux et hospitaliers) et des cadres (personnels hospitaliers), en s'appuyant sur l'évaluation.

Recommandation n°4 : Formaliser des règles de délégation claires aux cadres par le chef de pôle pour l'organisation et le fonctionnement du pôle dans le domaine des ressources humaines.

1-3 Clarifier les rôles sur une base coopérative

Recommandation n°5 : Intégrer dans le projet d'établissement et donc dans le projet médical et dans le projet social, un volet ad hoc relatif à la gestion et à la modernisation des ressources humaines portant notamment sur le développement des compétences, de la mobilité et de la polyvalence ainsi que sur la reconnaissance de l'engagement collectif et individuel.

Recommandation n°6 : Regrouper, autant que faire se peut, sous une direction des ressources humaines unique, la direction en charge du personnel médical et celle en charge du personnel hospitalier.

Recommandation n°7 : Positionner le directeur des ressources humaines dans sa triple mission : pilotage de la politique des ressources humaines, responsabilité de la gestion collective et individuelle des professionnels, management et coordination de l'expertise, du conseil et de l'accompagnement aux chefs et cadres de pôle, sous l'autorité du chef d'établissement, en lien avec le président de la CME, les chefs de pôle et le directeur des soins.

Recommandation n° 8 : Donner au directeur des soins les leviers d'action nécessaires pour animer et coordonner les cadres supérieurs et les cadres de santé, pour développer la politique de qualité et de sécurité des soins et promouvoir le programme d'actions relatifs au projet de soins et aux innovations dans le domaine paramédical, en lien avec le président de la CME, les chefs de pôle et le directeur des ressources humaines.

Recommandation n° 9 : Valoriser la fonction de Président de CME en tant que Vice-président du directoire en le faisant participer activement à la stratégie de l'établissement : projet d'établissement, projet médical et ressources médicales, politique de qualité et de sécurité des soins, promotion de la recherche et de l'innovation médicales ainsi qu'aux programmes d'actions relatifs au développement professionnel continu des praticiens.

Recommandation n° 10 : Affirmer et développer la délégation de gestion du directeur chef d'établissement aux chefs de pôle dans le domaine des ressources humaines.

Recommandation n° 11 : Définir clairement dans le cadre du projet de pôle les missions et responsabilités confiées aux responsables des structures internes du pôle (répartition de missions et de responsabilités du chef de pôle aux responsables de service, d'unités...).

Recommandation n° 12 : Mettre en place et faire vivre la concertation interne dans le pôle pour faciliter l'adhésion des équipes au projet de pôle et favoriser leur implication dans la vie de l'établissement.

1-5 Combiner les temps

Recommandation n°13 : Combiner les temps entre stratégie pluriannuelle (CPOM) et les objectifs annuels révisables dans le cadre du contrat de pôle (principe d'adaptation à l'évolution du contexte).

Recommandation n°14 : Promouvoir les moments forts de l'hôpital, notamment autour du projet d'établissement et de l'ensemble de ses composantes (projets médical, social et ressources humaines), des contrats de pôle, de la vie des instances et des projets d'innovation et de recherche hospitalières.

1-6 Manager les managers

Recommandation n°15 : Investir dans la formation des présidents de CME, des chefs et des cadres de pôle et des personnels relevant de la direction des ressources humaines pour créer une culture commune et s'appuyer sur des repères, outils, et méthodes partagés.

2- Faire le pari de l'autonomie

2-1 Coopérer à tous les échelons

Recommandation n° 16 : Créer un espace collaboratif (partage de données ou banque de données dans les établissements importants) organisé entre les différents intervenants à la fonction ressources humaines et assurer une délégation de gestion et de signature optimisée (donnée par le directeur, chef d'établissement aux chefs de pôle), une délégation de pouvoir et de signature adaptée (donnée par le chef d'établissement au directeur adjoint chargé de la direction des ressources humaines, aux autres directeurs-adjoints et au directeur des soins) et une répartition des rôles sécurisée pour l'organisation et le fonctionnement du pôle (donnée par les chefs de pôle aux responsables des structures internes et aux cadres).

2-2 Substituer régulation stratégique à gestion de flux

2-3 S'engager dans le bon usage des contrats

Recommandation n° 17 : Encourager la démarche contractuelle et partenariale aux différents échelons de l'hôpital, sans nécessité de textes nouveaux (directeur chef d'établissement, directeur-adjoint chargé des ressources humaines, autres directeurs-adjoints et directeur des soins, président de CME, chef de pôle, responsable de structure interne, cadre).

2-4 Intensifier la vie des instances et la relation avec les partenaires sociaux

Recommandation n° 18 : Positionner et conforter les instances de représentation sociale à tous les niveaux (national, régional et local) :

- **au niveau national**, en réunissant régulièrement les CCNP (praticiens) et CCN (directeurs) et en valorisant le fonctionnement des CSN pour les praticiens et le travail coopératif avec les conseils nationaux des ordres professionnels et en faisant connaître très largement les sujets traités par le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière;
- **au niveau régional**, en optimisant le fonctionnement indispensable des CRP pour les praticiens et en développant un espace de dialogue régional pour les personnels hospitaliers ;
- **au niveau local**, en assurant la promotion des travaux de la CME, en garantissant le bon fonctionnement de la commission locale de l'activité libérale pour les praticiens et en confortant le fonctionnement de la CME, du CTE, de la CSIRMT, du CHSCT et des CAPL.

2-5 Répondre au besoin d'autorités de l'Etat éclairées et compétentes

Recommandation n° 19 : Organiser l'administration centrale (DGOS et DGCS) et régionale (Préfets de département : DDJSCS) dans son rôle de pilotage de la politique et de régulation des ressources humaines, d'évaluation de la qualité

des soins et de contrôle général du système de santé et responsabiliser les chefs d'établissement au travers de la contractualisation externe (CPOM) et, le cas échéant, de délégations formalisées de missions touchant aux ressources humaines.

Recommandation n° 20 : *Créer un réseau professionnel pluridisciplinaire en gestion des ressources humaines, soutenu par un système intranet interactif, pour mutualiser les connaissances et le partage d'informations entre autorités de l'Etat et réseaux professionnels sur la base d'un mouvement ascendant et descendant.*

3- Outiller et appuyer la fonction ressources humaines

3-1 Doter le secteur hospitalier d'une « vision RH »

Recommandation n° 21 : *Porter au niveau national un discours lisible sur la dimension humaine et sociale de la performance hospitalière (emplois, formation, parcours personnalisé de carrière, évaluation, conditions de vie au travail, reconnaissance de l'engagement collectif et individuel, soutien et accompagnement lors de restructurations...), avec déclinaison au niveau régional.*

Recommandation n° 22 : *Promouvoir un observatoire social national pour les établissements relevant de la fonction publique hospitalière, soit par élargissement des missions de l'observatoire national des métiers de la fonction publique hospitalière, soit par création d'un observatoire spécifique, avec mise en place d'un baromètre et d'indicateurs sociaux et d'éléments de comparaison avec les secteurs sanitaire, social et médico-social privés à but lucratif ou non, en y associant les partenaires sociaux représentant le personnel médical et hospitalier.*

Recommandation n° 23 : *Développer l'observation sociale au niveau régional (ARS), avec déclinaison locale pour anticiper, mesurer et prévoir les évolutions et leur impact sur les organisations, le fonctionnement, les conditions de vie au travail et l'emploi, en lien avec les partenaires sociaux représentant les mêmes catégories de personnel.*

3-2 Consolider la fonction et la filière RH

Recommandation n° 24 : *Constituer avec le CNG un vivier de professionnels à potentiel et haut potentiel pour améliorer la performance des parcours professionnels des praticiens et des directeurs.*

Recommandation n° 25 : *Encourager l'unité d'approche des ressources humaines par la mise en place d'une structure commune (personnel médical et hospitalier) ou de structures distinctes très articulées entre elles, pour étudier, mettre en place et valoriser la transversalité des sujets relatifs à la gestion et à la modernisation des ressources humaines.*

Recommandation n° 26 : *Actualiser et promouvoir le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière et élaborer un répertoire des métiers médicaux.*

Recommandation n° 27 : Soutenir la fonction de directeur des ressources humaines par des actions de formation adaptées, spécialisées et actualisées par le biais de l'EHESP, par des stages en entreprises et à l'étranger et par la participation à des travaux de recherche autour de leur triple mission : stratégie, expertise et management, confortées dans le cadre d'un véritable parcours de professionnalisation.

Recommandation n° 28 : Décloisonner les pratiques professionnelles en participant à des rencontres régulières avec des organismes spécialisés dans le domaine des ressources humaines au sein de la région ou du territoire de santé.

3-3 Conforter les gestionnaires

Recommandation n° 29 : Favoriser la mutualisation de compétences et la mobilisation d'expertise en ressources humaines pour assurer la prise en charge optimale de certaines missions ou situations, telles que la saisine des comités médicaux, la liquidation des dossiers de retraite, les procédures d'inaptitude médicale, le soutien et l'accompagnement à la réinsertion professionnelle, à la mobilité et aux restructurations hospitalières...), par la constitution de GCS, de pôle de territoire ou par voie de convention inter établissements pour le domaine spécifique des ressources humaines.

Recommandation n° 30 : Mettre en place un intranet professionnel destiné à la fonction ressources humaines, avec l'appui du CNG pour les professionnels qu'il gère (praticiens et directeurs), pour faciliter l'accès et l'échange d'informations.

Recommandation n° 31 : Développer une base de données nationales spécifique, ou en association avec d'autres organismes, et mettre en place un système de questions-réponses pour assurer la fluidité des échanges avec les établissements et les professionnels.

3-4 Favoriser la diffusion d'outils adaptés

Recommandation n° 32 : Promouvoir des outils internes de gestion de type système d'information ressources humaines pour faciliter la communication notamment entre le directeur chef d'établissement, l'équipe de direction, le président de la CME, les chefs et les cadres de pôle.

Recommandation n° 33 : Inscrire le développement des outils informatiques de gestion des ressources humaines dans une stratégie plus globale d'optimisation du système d'information général de l'établissement, en lien avec l'ANAP et l'ATIH.

Recommandation n° 34 : Piloter, à tous les niveaux, une véritable politique d'intéressement du personnel médical et hospitalier (diversité et enrichissement des parcours professionnels, formation, promotion professionnelle, adaptation des locaux...), dans le respect de l'encadrement juridique et financier existant.

ANNEXES

ANNEXE 1 - Lettre de mission de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé et des Sports du 17 mai 2010.

ANNEXE 2 - Liste des membres du groupe de travail national sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé (2.1) et liste des personnalités et des représentants des institutions et des organisations professionnelles auditionnés (2.2).

ANNEXE 3 - Résultats de l'enquête sur les ressources humaines dans les établissements publics de santé- CNG - Octobre 2010 - Cf. Volume II annexé au rapport.

ANNEXE 4 - Repères des principaux processus de gestion, de formation, d'évaluation, de prévention des risques et d'accompagnement des personnels (4.1) ainsi que des outils de pilotage et indicateurs de gestion dans le domaine des ressources humaines (4.2).

ANNEXE 5 - Réflexion menée par des Directeurs de Ressources Humaines - ADRHESS - Septembre 2010.

ANNEXE 6 - Réflexion menée par des Chefs de Pôle - ANAP - Septembre 2010.

ANNEXE 7 - Extraits des textes figurant dans la partie 2.4 du rapport relative au dialogue social.

ANNEXE 1

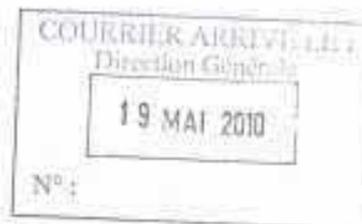
- ✓ Lettre de mission de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé et des Sports du 17 mai 2010

Ministère de la Santé et des Sports

Paris, le 17 MAI 2010

Le Ministre

Cab RBN/C3B/TT/Mc D10-4554



Madame, monsieur,

La capacité des établissements publics de santé à offrir des soins de qualité à tous nos concitoyens repose, d'abord et avant tout, sur la compétence, le travail et l'engagement, au quotidien, de centaines de milliers d'hommes et femmes qui ont choisi le service public hospitalier. L'estime et le profond attachement que nos concitoyens leurs portent constituent d'ailleurs le meilleur témoignage de la valeur inestimable de leur action.

Offrir à ces personnels des conditions et des trajectoires professionnelles satisfaisantes et valorisantes est au cœur de ma politique et de mes préoccupations.

C'est dans cette perspective que j'ai, notamment, conduit avec la Direction générale de l'offre de soins, la réforme des études paramédicales, lancé une démarche de valorisation du positionnement des cadres, assoupli le cadre statutaire des médecins, ou encore lancé une concertation, avec les directeurs d'établissement, sur l'évolution de leur métier.

J'entends aujourd'hui compléter ces initiatives par une action d'envergure portant plus spécifiquement sur les pratiques de gestion des personnels et de leur parcours de carrière. Les évolutions majeures qui ont affecté le fonctionnement des établissements de santé ces dernières années, notamment la délégation de gestion, rendent en effet nécessaire de renouveler notre approche de la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé.

En particulier, trois enjeux principaux sont à relever :

1. évoluer vers une gestion plus individualisée des compétences et de l'accompagnement des parcours professionnels ;
2. savoir assurer, en permanence, l'adéquation entre l'évolution constante des besoins en compétences au sein de chaque service et les compétences effectivement disponibles dans les établissements et les territoires ;
3. savoir faire de la politique de gestion des ressources humaines un élément davantage déterminant de la stratégie et de la performance de l'établissement, dans l'ensemble de ses dimensions, au premier rang desquelles la qualité de service, l'efficacité interne et la performance économique.

Monsieur Michel YAHIEL,
Président de l'association nationale des directeurs des ressources humaines

Madame Danielle TOUPILLIER,
Directrice du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

Je souhaite que les responsables des ressources humaines des établissements publics de santé puissent, dans leur action quotidienne, pleinement répondre à ces enjeux. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité vous confier une mission, en appui à la direction générale de l'offre de soins, visant à les aider et à les accompagner dans cette démarche.

Vous vous attacherez ainsi à :

1. identifier les attentes et les besoins des différents acteurs hospitaliers en matière de gestion des ressources humaines (GRH), et leur évolution prévisible au cours des prochaines années ;
2. décrire les transformations souhaitables des principaux processus de gestion des ressources humaines qui permettraient de répondre à ces attentes ;
3. préciser, au vu de ces attentes et de ces transformations souhaitables des processus de GRH, les évolutions nécessaires du métier de responsable des ressources humaines, de ses compétences, de ses outils et de ses pratiques ;
4. proposer des solutions opérationnelles permettant de rendre possibles ces évolutions, et en particulier les modalités d'accompagnement du changement au sein des services des ressources humaines de chaque établissement, ainsi que les aménagements à prévoir de la formation initiale et de la formation continue des professionnels des ressources humaines.

Vous fonderez vos travaux sur des entretiens menés auprès des différentes catégories de partenaires des services de ressources humaines, afin d'identifier leurs attentes en matière de pratiques de gestion des personnels et des parcours de carrière. Vous pourrez, dans cette perspective, compléter ces entretiens par un sondage mené à l'échelle nationale.

Vous piloterez un groupe de travail composé d'acteurs hospitaliers et de responsables des ressources humaines, hospitaliers et non hospitaliers. Vous pourrez en outre bénéficier de la contribution d'un chercheur spécialisé dans les compétences et la formation des DRH et de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements hospitaliers et médico-sociaux.

Vous pourrez, au cours de votre mission, bénéficier de l'appui des services de mon ministère, et en particulier de la direction générale de l'offre de soins.

Vous me remettrez votre rapport pour le 31 octobre 2010.

Je vous prie, madame, monsieur, d'agréer l'expression de ma considération distinguée.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

ANNEXE 2

- ✓ Liste des membres du groupe de travail national sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé (2.1) et liste des personnalités et des représentants des institutions et des organisations professionnelles auditionnés (2.2)

2.1 – Liste des membres du groupe de travail national sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé

- Madame Annie PODEUR, Directrice Générale de l’Offre de Soins (DGOS) au Ministère du Travail, de l’Emploi et de la Santé
- Monsieur Pascal BERNARD, Directeur des Ressources Humaines à l’ARS d’Ile-de-France
- Monsieur Jean-Pierre BURNIER, Directeur d’hôpital, chef d’établissement au CH de Gonesse
- Monsieur Jean-Marc LE GALL, Professeur associé – Paris
- Madame Luce LEGENDRE, Directrice d’hôpital, adjointe en charge des Ressources Humaines au CH de Mantes-la-Jolie
- Monsieur David LE SPEGAGNE, Directeur associé à l’ANAP
- Madame le Docteur Sylvie PERON, Présidente de la CME du CH d’Argenteuil, représentant la Conférence des présidents de CME de CH
- Monsieur le Professeur Jean-Claude PETIT, Président du CCM de l’hôpital Saint-Antoine à l’Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP)
- Monsieur Christian POIMBOEUF, Directeur d’hôpital, adjoint en charge des Ressources Humaines au CHU de Rennes
- Monsieur Freddy SERVEAUX, Directeur d’hôpital auprès du Directeur Général du CHU de Lille
- Monsieur François STEUDLER, Professeur en Sociologie à l’Université de Strasbourg

2.2 – Liste des personnalités et des représentants des institutions et des organisations professionnelles auditionnés

- Monsieur le Docteur François AUBART, Président de la Coordination Médicale Hospitalière (CMH)
- Monsieur Jean-Remy BITAUD, Directeur d'hôpital à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (APHP)
- Monsieur Philippe BLUA, Président du Syndicat national des Cadres Hospitaliers (SNCH)
- Madame le Docteur Rachel BOCHER, Présidente de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH)
- Monsieur Paul CASTEL, Président de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU/CHR
- Monsieur le Docteur Pierre FARAGGI, Président de la Coordination des Praticiens Hospitaliers (CPH)
- Monsieur Denis FRECHOU, Président de la Conférence des Directeurs de CH
- Madame Françoise KALB, Secrétaire Générale de l'UNSA-Santé
- Monsieur Willy KALB, Membre de l'UNSA-Santé
- Monsieur Robert REICHER, Membre de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU/CHR, délégué aux Ressources Humaines
- Monsieur Michel ROSENBLATT, Secrétaire général du Syncass-CFDT
- Monsieur Gérard VINCENT, Délégué général de la Fédération Hospitalière de France (FHF)

Il convient de préciser qu'en raison des délais courts impartis pour la remise de ce rapport et des obligations importantes de certains partenaires en cette période de l'année, tous les représentants institutionnels et professionnels prévus n'ont pu être auditionnés.

Toutefois, il importe de souligner que les recommandations proposées par la Mission pourront, en fonction des orientations que retiendront Monsieur le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé et Madame la Secrétaire d'Etat chargée de la santé, donner lieu à l'ouverture de chantiers pour en assurer la mise en œuvre, en lien avec les autorités de l'Etat aux niveaux régional et départemental et les partenaires institutionnels et professionnels concernés.

ANNEXE 3

- ✓ Résultats de l'enquête sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé- CNG - Octobre 2010

Volume II du rapport

ANNEXE 4

- ✓ Repères des principaux processus de recrutement, de gestion, de formation, d'évaluation, de prévention des risques et d'accompagnement des personnels (4-1) ainsi que des outils de pilotage et indicateurs de gestion dans le domaine des ressources humaines (4-2)

4.1 - Principaux processus de recrutement, de gestion, de formation, d'évaluation, de prévention des risques et d'accompagnement des personnels

Pour optimiser le management, il est aujourd'hui essentiel de bien maîtriser l'ensemble des processus de l'établissement, en les organisant, en les documentant et en les évaluant pour adapter et moderniser notamment la gestion des ressources humaines.

Six grands processus sont proposés à la réflexion, à titre principal et bien entendu non exhaustif.

4.1.1 – PROCESSUS DE RECRUTEMENT

Il commence par la définition du poste vacant ou susceptible de l'être ou du remplacement momentané à assurer pour garantir la continuité du service.

Les missions et tâches confiées doivent être claires et détaillées.

Le positionnement du poste ou de la fonction à exercer doit s'intégrer dans l'environnement de travail en précisant, notamment, les responsabilités à assumer, les liens hiérarchiques et/ou fonctionnels dans lesquels l'exercice du professionnel s'inscrit.

Ce processus se poursuit par la mise en œuvre des sources et des moyens de recrutement puis par la sélection des candidats.

Il s'achève par la décision ou le contrat de recrutement et sa notification au candidat retenu.

Les différentes étapes peuvent être schématiquement résumées ainsi :

1 / Définir précisément le besoin de recrutement sur la base d'un profil de poste, tel que décrit dans les répertoires des métiers des directeurs et des personnels hospitaliers :

- contexte,
- nature, statut (titulaire, stagiaire, contractuel), qualification du poste et, le cas échéant, durée de l'engagement,
- compétences attendues.

2 / Déterminer les sources et les modes de recrutement :

- diffusion de l'annonce de recrutement dans une base nationale de données (bourse interministérielle de l'emploi public - BIEP-, bourse de l'emploi de la FHF...) ou dans des bourses spécialisées (centre national de gestion des praticiens et des directeurs de la fonction publique hospitalière....)
- publicité par annonce dans les revues professionnelles, dans la presse nationale, régionale ou locale,
- recours à un cabinet spécialisé en recrutement sur la base d'un contrat,

- appel à candidatures dans le cadre d'une campagne de recrutement ou dans le cadre de besoins spécifiques,
- examen de candidatures spontanées adressées à l'établissement.

3 / Sélectionner les candidatures en fonction du profil de poste ou du type de remplacement proposé :

- examen du curriculum vitae et, en particulier, des titres et diplômes et/ou du parcours professionnel et des évaluations,
- entretien de recrutement pour apprécier notamment l'engagement, la motivation, la curiosité et la capacité à travailler en équipe et pour l'encadrement, la capacité d'innovation et d'ouverture d'esprit en précisant les conditions de recrutement (statut, période ou non d'essai, date de prise de fonctions, lieu et structure d'affectation, niveau de rémunération, régime indemnitaire, obligations de service, droits et obligations des fonctionnaires et des agents publics de la FPH, fonctionnement institutionnel, autorité hiérarchique et/ou fonctionnelle...).

4 / Procéder au recrutement :

- décision d'embauche sur la base d'une décision de mutation pour les fonctionnaires titulaires, de mise en stage pour les fonctionnaires stagiaires ou d'un contrat (durée déterminée ou indéterminée) pour les personnels non fonctionnaires,
- notification de la décision ou du contrat au candidat retenu.

5 / Assurer l'accueil et favoriser l'intégration du nouvel arrivant :

- faire recevoir le nouvel arrivant par le cadre ou un responsable de sa structure d'affectation, avec un soutien de type tutorat, autant que possible,
- remettre un guide destiné aux nouveaux arrivants pour se familiariser avec l'établissement et connaître ses droits et ses obligations,
- faire une réunion d'information et d'échange avec les nouveaux arrivants au plus tard dans le trimestre qui suit leur intégration dans les structures d'une certaine importance.

4.1.2 - PROCESSUS DE GESTION

Les processus de gestion recouvrent deux grands domaines d'activité :

- l'administration des ressources humaines, telle que la gestion de la paie, l'application des lois et règlements relatifs aux personnels médicaux et hospitaliers, les arrêtés, décisions et /ou contrats pris par les autorités ayant pouvoir de nomination et pouvoir disciplinaire, dans un contexte « fonction publique », très marqué par les principes statutaires, elle requiert une qualité sans faille ;
- le développement et la modernisation des ressources humaines, tels que le recrutement, la gestion des carrières, des emplois/métiers et compétences - GPEC/GPMC -, l'évaluation, la formation, l'accompagnement personnalisé, les conditions de vie au travail....

Certains de ces processus font l'objet de procédures spécifiques indiquées dans cette partie 4.1 du rapport.

Les processus généraux de gestion des ressources humaines reposent sur la démarche suivante :

1/ mesurer les attentes institutionnelles, sous l'autorité du directeur chef d'établissement et en lien avec les responsables et cadres de pôle et le président de la CME et le directeurs des soins, chacun pour la part qui le concerne,

2/ établir un organigramme fonctionnel précisant quoi est fait, par qui et jusqu'où ? pour chaque chaîne de gestion, allant du recrutement à la fin de carrière en passant par la gestion de la paie et du temps de travail,

3/ définir la masse salariale disponible en distinguant celle destinée aux personnels médicaux et celle consacrée aux personnels hospitaliers, avec le directeur-adjoint ou le responsable en charge des finances,

4/ organiser la relation avec les professionnels en matière de gestion de leur carrière (mode et guide pour exprimer la demande, qualité de la réponse reposant sur une documentation en permanence actualisée, délai de réponse reposant sur des gestionnaires bien formés, et, s'agissant de la paie, recueil des données validées par les chefs et cadres de pôle pour attester du service fait avec prise en compte dans les délais les plus rapides et dans le respect de la réglementation existante,

5/ planifier, mettre en œuvre et suivre les travaux de gestion,

6/ organiser et programmer les réunions des instances (commissions administratives paritaires, comités techniques d'établissement, CHSCT...),

7/ évaluer les résultats par rapport à l'objectif attendu (niveau de satisfaction, indicateurs d'amélioration de l'efficacité de l'action..).

4.1.3 - PROCESSUS DE FORMATION

Le processus de formation se décompose en diverses étapes :

1/ mesurer les attentes institutionnelles, en lien avec les responsables et cadres de pôle et le président de la CME et le directeurs des soins, chacun pour la part qui le concerne,

2/ définir les crédits de formation disponibles avec le directeur-adjoint ou le responsable en charge des finances,

3/ évaluer les besoins individuels des professionnels désireux de formation,

4/définir les acquisitions de compétences nécessaires et/ou souhaitées,

5/ rechercher des formations adaptées,

6/ planifier les actions,

7/ évaluer les résultats par rapport à l'objectif attendu (niveau de satisfaction, assiduité, indicateurs d'amélioration de la performance par le développement des compétences et/ou de l'engagement professionnel ...).

Ce processus met en contact les responsables institutionnels en charge du dispositif de formation avec les professionnels désireux de s'inscrire dans une telle démarche, en étroite relation avec les responsables des structures concernées et la direction ou le responsable de la structure en charge du financement de ces actions.

L'objectif de la formation est d'adapter ou d'améliorer la performance individuelle des professionnels par l'acquisition de connaissances et/ou de savoir-faire utiles à l'exercice du métier, sur la base du meilleur rapport qualité / coût / efficacité.

4.1.4 - PROCESSUS D'EVALUATION

L'évaluation vise à apprécier la valeur professionnelle de l'agent dans l'emploi qu'il occupe et à formuler une appréciation générale sur ses compétences, ses qualités professionnelles et sur les résultats obtenus quel que soit son grade et sa position dans l'établissement, à l'exception des praticiens et des directeurs relevant de la fonction publique hospitalière gérés au niveau national en lien avec les autorités de l'Etat compétentes dans la région ou le département.

Elle est l'occasion d'arrêter entre l'évaluateur et l'évalué les objectifs de l'année suivante, de conseiller, d'orienter et d'accompagner l'agent en fonction des besoins de l'établissement et de ses perspectives d'évolution professionnelle.

Elle sert notamment pour l'avancement de grade, la promotion professionnelle et l'attribution de la prime de service.

Le mode opératoire peut varier d'un établissement à l'autre.

Toutefois, l'évaluation est généralement assurée par le supérieur hiérarchique direct de l'agent qui, du fait de sa proximité, est le mieux placé pour apprécier sa qualité professionnelle et conduire l'entretien confrontant les regards et évaluant les besoins de l'établissement et les attentes de l'agent sur la base d'une grille, d'une fiche ou d'un formulaire préétablis.

Différentes méthodes existent pour assurer le processus d'évaluation :

- ***l'auto-évaluation***

Elle est réalisée sur la base d'un questionnaire, d'une fiche ou d'un formulaire établi par l'agent évalué pour le préparer à l'entretien d'évaluation et réfléchir aux arguments à développer au cours de cet échange avec l'évaluateur.

Elle permet de mettre en regard l'appréciation du supérieur hiérarchique (évaluateur) et celle de l'agent (évalué) et d'analyser ensemble les écarts observés entre les deux perceptions.

Elle est déjà mise en œuvre pour les directeurs de la fonction publique hospitalière.

- ***l'entretien d'évaluation***

L'entretien annuel d'évaluation de l'agent, d'une durée moyenne d'une heure, se déroule entre la mi-octobre et le début du mois de décembre de l'année en cours.

Il est mené par le supérieur hiérarchique direct (N+1) de l'agent mais peut être conduit par le supérieur hiérarchique de niveau plus élevé (N+2) en cas notamment de désaccord ou de tension.

Cet échange permet d'une part, de dresser un bilan des points forts à conforter et des points faibles à corriger dans le cadre d'une évaluation-progrès, tels qu'ils ont été mis en évidence au cours de l'année écoulée (N), d'autre part, de fixer les objectifs pour l'année suivante (N+1) et enfin d'apprécier l'évolution professionnelle souhaitable et/ou souhaitée avec, le cas échéant, un soutien par des formations, des inscriptions à des cycles préparatoires, à des concours ou à des examens...

Il est consigné par écrit sur un imprimé, un formulaire ou une fiche spécifique signé(e) à la fois par l'évaluateur et l'évalué.

Il existe déjà pour les directeurs de la fonction publique hospitalière.

- ***La méthode dite « 360° »***

Cette méthode fréquemment utilisée dans le secteur privé consiste à s'auto-évaluer puis à se faire évaluer par ses collaborateurs pour être ensuite apprécié par son supérieur hiérarchique direct(N+1).

Cette évaluation est établie à partir d'une série de questions - variant de 40 à 120 -communiquée à un nombre limité de personnes sur la base de l'anonymat (20 maximum).

Elle peut se décliner en 180° (moins de personnes impliquées dans le processus d'évaluation) ou en 540° (associant également des clients, fournisseur ou usagers du service).

Elle est généralement réservée aux dirigeants et aux cadres comptant au moins une année d'exercice dans l'entreprise.

La restitution est faite le plus souvent par un coach, un consultant ou un psychologue sous forme de débriefing, de discussion ou de graphique. Elle peut se traduire par un accompagnement personnalisé sous la forme de coaching, d'actions de formation ou d'échange approfondi avec le directeur des ressources humaines.

- **« l'assessment center »**

Cette méthode est utilisée principalement dans les grandes entreprises et s'adresse plutôt aux cadres dirigeants, cadres supérieurs et cadres.

Elle peut être utilisée à la fois pour le recrutement et, en cours d'exercice professionnel, pour l'évaluation de la performance individuelle, des comportements (engagement, adhésion et participation au projet d'entreprise...) et des compétences mais aussi pour repérer les viviers des potentiels et hauts potentiels.

Ce processus est conduit en interne ou en externe sur la base d'entretien d'évaluation, d'échange avec un comité/groupe professionnel ou de simulations individuelles en lien avec le contexte d'exercice, avec restitution finale à l'évalué et à l'évaluateur notamment s'il est réalisé en externe.

4.1.5 - PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL

Le processus d'accompagnement professionnel vise à assurer la meilleure adéquation entre les besoins institutionnels et l'attente individuelle de l'agent pour favoriser un exercice de qualité, dans la plus grande sécurité ou pour le soutenir dans son repositionnement professionnel à la faveur d'une mobilité fonctionnelle ou géographique ou d'un changement d'environnement professionnel.

Le processus se déroule généralement en cinq grandes étapes :

1/ rencontrer le professionnel concerné,

2/ recueillir les données utiles à l'accompagnement,

3/ analyser et évaluer les besoins de l'environnement professionnel interne et/ou externe au secteur d'activité concerné,

4/ élaborer et mettre en œuvre le plan d'accompagnement sous la forme généralement de bilan professionnel, définition d'un projet professionnel, apport en techniques de candidatures, coaching, formation, mises en situation par des missions, intérim, désignation en qualité de faisant-fonction, inscription à la préparation à des cycles préparatoires, concours ou examens, dans le cadre de la promotion professionnelle, d'actions de formation, de la VAE ou du dispositif « LMD »...

5/ évaluer la démarche d'accompagnement, avec définition de la relation de l'accompagnateur et de l'accompagné (de type contrat) et de conventions d'engagement réciproque (droits et obligations) entre l'accompagnateur, l'accompagné et, le cas échéant, le directeur d'établissement et/ou le responsable de la structure concernée sous l'autorité duquel l'agent est momentanément placé.

4.1.6 - PROCESSUS DE PREVENTION DE CERTAINS RISQUES (stress, agressivité, situations de violence, épuisement professionnel, burn-out, maltraitance, harcèlement, souffrance au travail ...)

Le processus vise à identifier la cartographie des risques professionnels et à apporter des solutions adaptées aux attentes des professionnels pour améliorer leurs conditions de vie au travail et sécuriser leurs pratiques professionnelles et, lorsqu'il existe, à se conformer à l'environnement législatif et réglementaire pour garantir l'établissement.

Le processus comporte plusieurs phases selon le risque à prévenir :

1/ bien définir les concepts (bienveillance, maltraitance, burn-out, épuisement professionnel...),

2/ identifier les différentes formes, signaux faibles, symptômes et/ou mécanismes que peuvent prendre, mettre en évidence ou déclencher chacun de ces risques ainsi que les sources génératrices et les facteurs internes et/ou externes favorisant ces types de risque,

3/ analyser les situations de travail dans lesquelles ces risques s'inscrivent,

4/ élaborer la (les) réponse(s) la (les) plus adaptée(s) et nécessairement rapide(s) pour y remédier durablement (médiation-conseil-conciliation, formation, accompagnement personnalisé notamment de type coaching,...).

5/ garantir les droits du professionnel, si la situation le justifie.

Ce processus doit être conduit sous l'autorité du directeur des ressources humaines, en lien étroit avec le médecin chargé de la médecine de prévention et, le cas échéant, le psychologue du travail et/ou l'assistance sociale du personnel.

4.2 - OUTILS DE PILOTAGE ET INDICATEURS DE GESTION DANS LE DOMAINE DES RESSOURCES HUMAINES (1)

Différents outils et indicateurs peuvent être utilement proposés pour optimiser la performance de la fonction ressources humaines.

4.2.1 – Indicateurs économiques et financiers

Ratios de productivité

- budget constaté/ Effectifs

Ratios de dépenses en RH

- Frais de personnel / Effectifs
- Masse salariale / Budget constaté

(1) synthèse réalisée à partir notamment des travaux de Bernard MARTORY et de Jean-Yves BAUDOT

4.2.2 - Indicateurs structurels

Taux d'encadrement

- Effectif des cadres et techniciens / Effectif total

Taux de productifs directs

- Effectifs productifs directs / Effectif

Pyramide des âges

- la pyramide des âges permet de caractériser les professionnels en exercice, selon l'âge et le sexe. C'est un outil de représentation très utile notamment pour anticiper les évolutions futures et prévoir les dysfonctionnements à venir et pour s'inscrire dans une gestion prévisionnelle des emplois/métiers et des compétences (GPEC/GPMC).

Différentes formes de pyramide sont répertoriées par la littérature dans le domaine des ressources humaines

- la pyramide « champignon » montre un déficit en jeunes professionnels, avec une importante catégorie d'agents très avancés dans la carrière dont le départ prochain à la retraite peut être source de déséquilibre et de perte de savoir et d'expertise même si elle offre une opportunité de promotion plus rapide au profit des plus jeunes.,
- la pyramide « en poire écrasée » contrairement à la précédente, présente un effectif important de jeunes professionnels. Elle peut à terme se révéler complexe pour le management des compétences par un jeu de concurrence renforcé entre les candidats aux postes de responsabilité,
- la pyramide « en pelote de laine », d'apparence plus équilibrée, distingue les professionnels en deux groupes : les plus jeunes et les plus âgés, dont les différences culturelles, les approches, les perceptions et les méthodes de travail peuvent susciter des incompréhensions ou des tensions dans l'organisation du travail, avec une catégorie intermédiaire limitée et insuffisante pour assurer le renouvellement générationnel dans les meilleures conditions,
- la pyramide « en ballon de rugby » se révèle la plus adaptée pour favoriser le renouvellement progressif des générations de professionnels et certainement la plus efficace pour la promotion organisée des cadres.

4.2.3 - Indicateurs de recrutement

La fonction « recrutement » est l'une des prestations de service majeures pour la fonction ressources humaines pour répondre aux attentes institutionnelles exprimées par la direction générale et par les chefs et cadres de pôle. Elle doit prendre en compte la qualité du profil du candidat, la rapidité de mise en œuvre du recrutement pour assurer la continuité du service, à un juste coût qui respecte la réglementation en vigueur.

Quelques indicateurs doivent être mis en place et suivis.

Délais d'embauche

- Temps s'écoulant entre la demande effectuée par un pôle et l'entrée en fonction d'un candidat

Sélectivité

- Nombre de candidats retenus / Nombre de candidatures examinées

Qualité du recrutement

- Nombre de candidats encore présents au bout d'un an / Nombre de recrutements sur la même période

Coût moyen du recrutement

- Coût total des recrutements sur la période / Nombre de recrutements sur la même période

4.2.4 - Indicateurs de formation

La formation constitue également une des activités-clés de la fonction ressources humaines en interne. C'est un outil de pilotage stratégique pour l'établissement car elle facilite l'adaptation aux besoins institutionnels en compétences, l'accompagnement au changement et la participation à l'innovation tout en sécurisant l'exercice professionnel et en valorisant l'évolution professionnelle attendue par les agents.

Effort de formation

- Montant consacré à la formation / Masse salariale

Ratio de professionnels formés ou taux de participation à la formation

- Nombre de professionnels formés / Effectif
- Nombre de participants / Nombre d'inscrits
- Mêmes ratios par âge, sexe, ancienneté, nature des actions de formation...

Budget constaté / Budget prévu

Taux de couverture des postes ou compétences stratégiques

- Nombre de professionnels nécessitant des compétences stratégiques / Nombre de professionnels effectivement détenteurs des compétences stratégiques requises

4.2.5 - Indicateurs de rémunération

Dans le domaine de la rémunération, trois groupes peuvent être distingués :

- la politique de rémunération qui doit mesurer et apprécier la politique de salaire de l'établissement et le respect de plusieurs équilibres et objectifs de performance (équité interne, compétitivité externe, équilibre financier ...),
- la masse salariale, qui vise à étudier l'évolution des salaires et ses incidences financières,
- le système de paye, qui s'intéresse aux aspects techniques de la gestion des salaires (système de calcul, de traitement et d'édition des bulletins de salaire par exemple).

Différents ratios permettent de maîtriser la gestion et l'impact de cette activité très observée du domaine des ressources humaines.

Ratio de rémunération moyenne

- Masse salariale annuelle/effectif moyen annuel

Ratio d'accroissement des rémunérations

- Pourcentage d'augmentation de l'établissement/pourcentage d'augmentation de l'ensemble des établissements relevant du secteur sanitaire et/ou social et médico-social

Ratio de hiérarchie des rémunérations

- Rémunération moyenne des catégories les mieux rémunérées/rémunération des catégories les plus faibles

Pourcentage global d'évolution de la masse salariale de l'année N/ pourcentage de la masse salariale de l'année N-1

en distinguant si possible,

- les augmentations collectives et catégorielles
- les augmentations individuelles (glissement – vieillissement – technicité)
- les effets de report/déport (si ce pourcentage est négatif pour mesurer l'incidence des variations dans le nombre d'agents de l'établissement)
- les effets de structure
- l'incidence des changements dans la composition des catégories (ex : passage de catégorie B en A, de catégorie C en B)...

4.2.6 - Indicateurs de climat social

Le climat social peut être apprécié à partir de plusieurs indicateurs :

Le turnover

Il mesure l'importance des départs de personnels et apprécie leur influence sur le climat social

C'est souvent un facteur de dysfonctionnements qui peut générer des surcoûts (coûts de remplacement, de formation et d'apprentissage, coûts de perte de fréquentation du pôle ou de l'établissement, ...). Il peut aussi influencer la qualité du service rendu.

Quelques indicateurs permettent d'être vigilants sur le sujet :

Turnover

- Nombre de départs durant l'année / Effectif moyen
- Nombre de départs associés à un motif (ex : réorganisation d'activités) / Effectif moyen

Taux de démission

- Total des démissions / Total des départs

Indicateur de stabilité

- Nombre de présents au bout de X mois / Nombre de recrutements durant la même période
- Ancienneté moyenne du personnel

Absentéisme

Il est également coûteux et source de dysfonctionnements. C'est pourquoi une comparaison dans le temps et dans l'espace (par rapport à l'ensemble des établissements du secteur sanitaire et/ou social et médico-social..) s'avère toujours utile.

Taux d'absentéisme (hors congés de maternité)

- Heures d'absence sur la période / Heures théoriques sur la même période en distinguant :
- les absences de courte durée
- les absences de longue durée

Indicateur de gravité

- Durée totale des absences / Effectif
- Taux d'absences non justifiées
- Nombres d'accidents du travail et maladies professionnelles
- Durée moyenne : Nombre total d'heures d'absence / Nombre d'absences
- Nombre d'absences / Effectif
- Nombre d'absents f Effectifs

Indicateur de conflit social

- Fréquence : Nombre de manifestations d'antagonisme ouvert
- Extension : Nombre de personnes ayant suivi le mouvement (Intensité)
- Nombre d'heures ou de journées de travail perdues

Pour la grève

- Taux de propension : Nombre d'heures ou de jours perdus (ues) pour faits de grève / Nombre de professionnels des établissements concernés par le conflit
- Taux de concentration : Nombre de grévistes /effectifs sur la période
- Intensité conflictuelle : Nombre de jours ou d'heures perdues / Nombre de grévistes

Autres indicateurs de tension

- Multiplication des incidents professionnels (erreurs, altercations,...)
- Accroissement des modes de revendication (pétitions, revendications des représentants du personnel...)

ANNEXE 5

- ✓ Réflexion menée par des Directeurs de Ressources Humaines -
ADRHESS - Septembre 2010



MISSION NATIONALE SUR LA
MODERNISATION DE
LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

(juin - octobre 2010)

SOMMAIRE

Introduction

Synthèse du questionnaire national ± ADRHESS

Synthèse de la région Bretagne

Contribution Ile-de-France (FHF/ADRHESS)

Contribution de L'ADRHESS

L'ADRHESS, association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux a été sollicitée pour participer à la mission nationale sur «la modernisation de la gestion des ressources humaines dans les établissements publics de santé».

L'ADRHESS réunit essentiellement des DRH hospitaliers qui adhèrent aux valeurs dont celle-ci s'est dotée. Pour eux, la dimension humaine du management est essentielle à l'efficacité de l'organisation et à sa performance. Les principes de respect, de solidarité et d'équité doivent rester le socle de la politique des ressources humaines à l'hôpital. L'ADRHESS affirme également sa volonté de concilier le respect de ses valeurs et l'efficacité économique et sociale.

C'est dans ce cadre que deux DRH hospitaliers ont été désignés pour représenter l'association :

Luce LEGENDRE, DRH, CH de Mantes-la-Jolie Christian POIMBOEUF, DRH, CHU de Rennes

Madame la Ministre, Roselyne BACHELOT-NAQUIN a missionné Monsieur Michel YAHIEL, Président de l'association nationale des directeurs des ressources humaines ainsi que Madame Danielle TOUPILLIER, directrice du centre national de gestion pour conduire une action « d'envergure portant sur les pratiques de gestion des personnels et de leur parcours de carrière ». Ceci, du fait des évolutions majeures qui ont et vont affecter le fonctionnement hospitalier, délégation de gestion, communautés hospitalières de territoire, voire restructurations de l'offre de soins. Pour accompagner ces évolutions, les enjeux à relever en matière de ressources humaines sont nombreux et notamment :

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour adapter les ressources et

- ⇒ développer l'employabilité des professionnels,
- ⇒ Identifier une politique RH à un niveau stratégique, au service de la performance de l'établissement.

La participation de l'ADRHESS à cette mission s'organise autour de trois travaux, une contribution nationale et deux au sein des régions.

1. Une contribution nationale

L'ADRHESS a sondé l'opinion des DRH par la voie d'un questionnaire à 6 questions ouvertes. Le questionnaire a été largement diffusé, le 3 juillet 2010 à 432 DRH. Une relance a été effectuée le 18 août 2010. 32 questionnaires ont été reçus, tous exploitables. La synthèse a été faite à partir de documents anonymisés.

Les questions :

- 1 - Identifier les attentes et les besoins des différents acteurs hospitaliers en matière de gestion des ressources humaines (GRH), et leur évolution prévisible au cours des prochaines années ;
- 2 - Décrire les transformations souhaitables des principaux processus de gestion des ressources humaines qui permettraient de répondre à ces attentes ;
- 3 - Préciser, au vu de ces attentes et de ces transformations souhaitables des processus de GRH, les évolutions nécessaires du métier de responsable des ressources humaines, de ses compétences, de ses outils et de ses pratiques ;
- 4 - Proposer des solutions opérationnelles permettant de rendre possibles ces évolutions, et en particulier les modalités d'accompagnement du changement au sein des services des ressources humaines de chaque établissement, ainsi que les aménagements à prévoir de la formation initiale et de la formation continue des professionnels des ressources humaines ;
- 5 - Dans le cadre de la nouvelle gouvernance et notamment de la nouvelle délégation de gestion aux pôles, quelles sont les marges de liberté nécessaires au DRH pour assurer sa fonction ?
- 6 - Quelles sont, toujours dans ce cadre, les éléments qui nous paraissent décisifs pour la fonction de DRH ?

1. Une contribution de la région Bretagne

Le 25 août, 13 DRH de la région Bretagne se sont réunis pour réfléchir collectivement aux questions. (voir supra).

2. Une contribution de la région Ile-de-France (FHF-ADRHESS)

La conférence régionale de la FHF hors AP s'est réunie le 16 septembre 30 DRH et responsables RH ont participé. Les travaux se sont organisés en quatre sous-groupes autour des 4 premières questions du questionnaire. Quatre DRH, animateurs ont été chargés de la synthèse des travaux.

Synthèse du questionnaire national – ADRHESS

Question 1 : Identifier les attentes et les besoins des différents acteurs hospitaliers en matière de gestion des ressources humaines et leur évolution prévisible au cours des prochaines années.

Les acteurs

Les acteurs identifiés sont de deux ordres. D'abord les acteurs institutionnels et leurs attentes organisationnelles et les individus, agents, et médecins dont les attentes sont présentes (gestion du temps, recrutement, mobilité, conditions de travail), et à venir (formation, parcours professionnel, développement des compétences).

Les acteurs institutionnels cités sont :

- ⇒ La direction et les directions fonctionnelles notamment la direction des soins
- ⇒ Les cadres
- ⇒ Les partenaires sociaux
- ⇒ La communauté médicale (considérée comme un ensemble décisionnel) Les DRH et les responsables RH
- ⇒ Les pôles, services, chefs de pôle et chefs de structures internes Les parties prenantes telles que l'ARS

Les attentes

Les attentes sont vues sous deux angles :

- ⇒ Le point de vue des acteurs : « les partenaires sociaux veulent » « au niveau des responsables de pôles » qui ont des attentes différentes du fait de leurs fonctions et responsabilités.
- ⇒ Une approche thématique qui s'abstient d'identifier des attentes distinctes selon les acteurs :
 - « Possibilité de fidéliser le personnel... »
 - « Maintenir nos agents en bonne santé ... »
 - « Besoin d'informations et de communications régulières en terme de suivi des dépenses... ».

Il s'agit alors des attentes estimées caractériser la performance de la fonction RH. On peut considérer que l'ensemble des thèmes identifiés prouve que les DRH qui ont répondu au questionnaire sont conscients des enjeux RH d'aujourd'hui.

- ⇒ Attractivité des métiers hospitaliers et fidélisation des personnels
« rendre attractif les métiers filières de soins et fidéliser les jeunes recrues... »
« Mettre en œuvre une politique pour conserver ce personnel rare... ».
- ⇒ Engagement professionnel et motivation.
« Les agents et l'encadrement développent des attentes de plus en plus présentes en matière de reconnaissance individuelle... ».
- ⇒ Employabilité des professionnels.
Il est question de l'adaptabilité des professionnels, et du développement de leur mobilité « parcours professionnels inter-établissement voir inter fonctions publiques... ».
- ⇒ Recrutement : Souplesse dans la gestion des recrutements.
- ⇒ Politique de rémunération plus incitative et de la souplesse dans le régime indemnitaire.
- ⇒ Politique d'emploi des séniors
- ⇒ Développement de la diversité : meilleure prise en compte du handicap
Conditions de travail
- ⇒ Gestion du temps. Une meilleure adaptation à l'organisation.
- ⇒ Santé au travail « maintenir nos agents en bonne santé : prévenir les risques professionnels, repenser la fin de carrière des soignants... ».
- ⇒ GPEC. Son nécessaire développement est bien appréhendé. « Faire évoluer les professionnels afin de... ».
« Augmentation des qualifications de la ligne hiérarchique... » ainsi que la professionnalisation des métiers RH.
- ⇒ Dialogue social à développer et à maintenir à un niveau institutionnel « Les OS : à la recherche de leur place dans la nouvelle organisation de l'hôpital... ».
- ⇒ Fonction juridique : la DRH doit maintenir une régulation institutionnelle et une sécurité juridique de l'application du statut et des processus RH.
- ⇒ Pilotage : Attente importante revenant de façon récurrente
- ⇒ Il est attendu des outils d'aide à la décision, sous la forme de tableaux de bord, avec des indicateurs sociaux.
- ⇒ La fiabilité des informations est soulignée. Il est même demandé d'identifier une fonction contrôle de gestion RH (avec métier à l'appui).
« La justesse des prévisions budgétaires conditionne les stratégies d'établissements, leur imprécision peut se révéler très préjudiciable... »

- ⇒ Le SIRH (système d'information RH) n'est pas à la hauteur des enjeux « ...un système d'information RH global, fiable, opérationnel ergonomique... ». Et surtout un SIRH commun aux hôpitaux permettrait de favoriser les mutualisations et le benchmarking.
- ⇒ Délégation et mutualisation
- ⇒ Des mutualisations des pratiques et des moyens sont souhaités à un niveau pertinent (CHT par exemple). Parallèlement, il existe de fortes attentes au niveau de la délégation. C'est une préoccupation prépondérante pour les DRH qui ont répondu aux questionnaires. Ainsi est-il souligné la nécessité de définir clairement les délégations, le champ de compétences des acteurs, les arbitres et les règles d'arbitrage.
- ⇒ La clarification des fonctions du directeur de soins est demandé au regard de celles du DRH.
- ⇒ Il est aussi clairement précisé que le DRH doit conserver une visibilité institutionnelle des processus RH particulièrement sous l'effet de la délégation.
- ⇒ Stratégie d'établissement et politique RH
- ⇒ Les DRH soulignent la nécessaire existence d'une politique RH en accord avec le projet médical et plus simplement l'existence d'un projet médical pour donner du sens à la GPEC.

Conclusion :

Il ressort des attentes qu'une direction des ressources humaines se doit d'être réactive, que les processus RH se doivent d'assurer l'individualisation de la gestion des ressources tandis que la DRH, « l'équité de traitement » au sein d'un contexte de délégation. Il est perçu des attentes contradictoires alliant souplesse et sécurité dans un contexte organisationnel très complexe et peu lisible pour les agents et les acteurs institutionnels.

Question 2 : Décrire les transformations souhaitables des principaux processus de gestion des ressources humaines qui permettraient de répondre à ces attentes.

Le premier point soulevé par un grand nombre de DRH porte sur le système d'information et le contrôle de gestion RH avec le souhait de disposer de fonctionnalités intégrées :

- Gestion des carrières et paye
- Formation
- Gestion du temps de travail
- GPMC

afin de pouvoir partager les données avec l'encadrement et d'établir des tableaux de bord de gestion en lien avec l'activité, notamment dans le cadre de la délégation de gestion. Dans ce cadre, il est clairement souhaité une démarche de recherche d'indicateurs de performance avec l'émergence d'un observatoire fondé sur un baromètre social.

La simplification des processus de gestion RH est réclamée par tous les DRH :

- Pour les recrutements notamment par concours avec des délais trop longs de publication, d'organisation des jurys, relocalisation de certains concours.
- Par la suppression de la notation et la mise en place d'un système d'évaluation fondé sur l'entretien professionnel.
- Le toilettage d'un système indemnitaire très complexe et jugé archaïque (insalubrité, NBI, prime de laboratoire, IFTS, prime de technicité)
- Par l'automatisation et la dématérialisation d'un certain nombre de tâches administratives.
- Par la révision du régime des inaptitudes dans le statut.

Les DRH souhaitent faciliter la mobilité interne avec le développement de véritable parcours professionnels incluant la prise en compte des compétences et des expertises acquises, y compris entre plusieurs établissements dans le cadre de la mutualisation des moyens.

La gestion des risques professionnels doit trouver une place équivalente à la gestion des autres risques au sein des établissements, avec un souhait marqué sur la conciliation entre les risques psychosociaux et les contraintes économiques. La place des médecins et des psychologues du travail est à renforcer au sein des DRH.

Dans le domaine de la formation, il est demandé de lier les formations médicales et non médicales, de prévoir dès lors une fongibilité des enveloppes, d'autant plus avec l'arrivée du développement professionnel continu. Ceci doit s'accompagner d'un renforcement des compétences des chargés de formation dans les établissements.

D'autres mesures sont souhaitées :

- La mise en place d'un délai de carence identique au secteur privé pour les congés maladie.
- La disparition du différentiel de rémunération pour les temps partiels à 80% et 90%.
- Le développement de l'intéressement collectif.

Question 3 : Préciser au vu de ces attentes et de ces transformations souhaitables des processus de GRH, les évolutions nécessaires du métier de responsable des ressources humaines, de ses compétences, de ses outils et de ses pratiques.

Evolution du métier

Il faut identifier deux étapes dans l'évolution du métier.

1. « passer de l'administration du personnel à la gestion prévisionnelle des ressources humaines... »
2. « passer d'une GRH opérationnelle à une GRH politique et stratégique... »

Etapes qui résument à elles seules les tendances plus détaillées ci-après. Ainsi le futur DRH est expert en :

- ⇒ Dialogue social et en négociation
- ⇒ Expert en conduite de projet (et animation du projet social)
- ⇒ Expert en gestion des compétences
- ⇒ Expert tant sur les situations individuelles que sur les questions collectives
- ⇒ Expert en contrôle de gestion RH (évolution particulièrement soulignée par les DRH interrogés).
- ⇒ Enfin il existe une interrogation sur le processus de sélection des professionnels RH, leur formation, leur évaluation.

Les compétences

Même si les compétences du DRH sont particulièrement distinguées dans les questionnaires celles de l'ensemble de l'équipe RH sont jugées nécessaires à la modernisation de la fonction RH. Il s'agit de repérer un référentiel de compétences de la fonction RH dans son ensemble. « Equipe (...) hautement spécialisée ».

« ... le secteur développement doit monter en compétences... »

Et les DRH doivent s'inscrire « dans une dynamique obligatoire de mise à niveau continue de leurs compétences... ».

- ⇒ Compétences d'expertise et de contrôle de gestion RH (management économique, ingénierie financière et maîtrise de la masse salariale)
- ⇒ Compétences en SIRH
- ⇒ Capacité à rechercher des gains d'efficacité. Meilleure connaissance des organisations du travail.- Compétences dans le domaine des conditions de travail et de gestion du temps
 - Capacité de communication, de négociation
 - Etre garant du climat social

- Etre capable de fédérer
 - Ethique et déontologie
- ⇒ - Compétences juridiques (statut)

Et enfin les DRH doivent s'entourer de compétences : psychologue du travail, médecin du travail, ergonomiste.

Outils

L'accent est particulièrement mis sur le SIRH, également son niveau pertinent de mise en œuvre (établissement ; communauté hospitalière voir échelon national ?). Outre le SIRH les DRH ont besoin d' :

- Outils de gestion des processus RH dans leur ensemble
- Outils de suivi budgétaire et de prévisions
- Outils d'aide au recrutement et à l'évaluation des compétences
- Outils qui intègrent des données médico-économiques pour aider à la décision RH.

Les pratiques

L'analyse des questionnaires distingue les pratiques internes qui ont vocation à organiser le service RH de celles qui concernent la fonction RH dans une vision globale d'établissement et de territoire de santé.

Pratiques internes

- Réorganiser la DRH pour faire émerger le développement RH. « Demandes individuelles d'expertise et de conseil en forte augmentation ... »
- Simplifier l'organisation et les procédures
- Assouplir les règles de gestion
- Meilleure traçabilité des processus RH

« secteur développement : conduite des entretiens de recrutement et d'évaluation, ingénierie de la formation, accompagnement individuel (VAE et CFP), contrôle de gestion pour anticipations quantitatives et qualitatives secteur gestion des carrières : gestion des passerelles entre les métiers, conduite des entretiens de milieu de carrières, accompagnement du retour à l'emploi et du reclassement, analyse de planning et d'organisation du temps (ingénierie en organisations). »

Pratiques globales

Il est attendu des pratiques plus participatives à l'adresse des cadres, des médecins et des organisations syndicales, le développement des expérimentations et enfin l'introduction des pratiques d'autres établissements de santé et de secteurs d'activité.

Conclusion :

L'évolution majeure attendue est le positionnement stratégique du métier de DRH (ce souhait doit s'accompagner sur un plan institutionnel du soutien de la direction générale).

Les compétences de l'ensemble de « l'équipe RH » doivent être tournées vers le développement RH avec l'identification d'un référentiel de compétences de la fonction RH. L'outil majeur et stratégique auquel il faut porter attention est le SIRH. Quant aux pratiques, elles ne doivent plus s'élaborer seulement à échelle de l'établissement.

Question 4 : Proposer des solutions opérationnelles permettant de rendre possible ces évolutions, et en particulier les modalités d'accompagnement du changement au sein des services des ressources humaines de chaque établissement, ainsi que les aménagements à prévoir de la formation initiale et de la formation continue des professionnels des ressources humaines.

Tous les DRH considèrent que le développement d'une véritable expertise passe par :

- ⇒ La professionnalisation de tous les personnels sur les questions de GRH, dans le cadre d'une démarche qualité
- ⇒ Les personnels de la DRH sur les sujets qui requièrent de l'expertise, de l'accompagnement et du contrôle :
 - GPMC
 - Gestion des carrières
 - Paye
 - Recrutement
 - Absentéisme
 - Système d'information RH, notamment sur la gestion du temps de travail
 - Formation
 - Contrôle de gestion
- ⇒ Le DRH lui-même par une formation initiale et continue, ce qui pose la question de la spécialisation au sein du statut de directeur d'hôpital, de la carrière et de la mobilité.
- ⇒ De nouvelles organisations au sein des DRH :
 - Le décloisonnement des secteurs RH (recrutement, carrières, absentéisme, paye«)
 - La personnalisation de la relation avec la DRH : « chaque agent n'a qu'un interlocuteur ».
 - La mutualisation des compétences au sein des territoires de santé pour permettre à tous les établissements de bénéficier des mêmes niveaux de compétences et d'expertises.
 - Le développement de l'analyse des pratiques de GRH avec tous les acteurs concernés (médecins, cadres«) Dans ce cadre, il est clairement souhaité une démarche de recherche d'indicateurs de performance avec l'émergence d'un observatoire fondé sur un baromètre social.
 - L'émergence d'un observatoire fondé sur un baromètre social avec :

- Le développement d'un système d'information RH et de contrôle de gestion RH avec le souhait de disposer de fonctionnalités intégrées afin de pouvoir partager les données avec l'encadrement et d'établir des tableaux de bord de gestion en lien avec l'activité, notamment dans le cadre de la délégation de gestion.
- La modernisation du bilan social, d'une part pour prendre en compte tous les personnels et notamment les contractuels, d'autre part pour intégrer les éléments de la GPMC.
- Les observations des DRH mettent en exergue un paradoxe fréquemment rencontré dans les organisations avec le souhait d'une plus grande expertise et en même temps la volonté de développer la polyvalence.

Question 5 : Dans le cadre de la nouvelle gouvernance et notamment de la nouvelle délégation aux pôles, quelles sont les marges de liberté nécessaires au DRH pour assurer sa fonction ?

Les marges de manœuvre sont identifiées en termes d'organisation et de contenu

Organisationnel : à savoir quel type de délégation ?

Une réflexion sur les champs à ne pas déléguer pour conserver ou accroître sa marge de liberté.

Ou plus simplement, la délégation comment et quoi ?

Au plan organisationnel

Les marges de manœuvre s'établiraient par le canal du contrat de pôle. Dans ce cadre, il appartient au DRH de fixer les critères de délégation de gestion RH. Le DRH se montre le garant de la « *solidarité inter-pôle* » ou encore l'arbitre institutionnel. Il convient d'exclure le cumul des fonctions de DRH et de gestionnaire administratif de pôle. Le DRH doit également être en capacité de « *demander des comptes* » aux acteurs détenteurs de la délégation.

La question du positionnement stratégique du DRH est mentionnée. « *Cela suppose que le DRH soit soutenu par les chefferies d'établissement...* ».

Celle également du positionnement des directeurs des soins. Ceux-ci doivent avec l'organisation polaire se recentrer sur leur fonction d'expertise en soins, laissant aux DRH l'exercice de leur fonction sur l'ensemble des professionnels et notamment ceux qui sont au cœur du métier du soin, les personnels soignants. « *La place du directeur des soins au directoire a constitué un mauvais signal dans la mesure où cette reconnaissance a moins été perçue comme la reconnaissance de l'expertise en soin que comme celle d'une autonomisation de la filière soignante notamment vis-à-vis des DRH.* ».

Ou encore « *demander l'avis au directeur des soins pour toute la gestion RH comme d'habitude ou la demander au chef de pôle, quelle différence ?* »

Ce qui ne se délègue pas

- Le contrôle du respect de la réglementation. Point fort qui revient de manière récurrente « *équité...* »
- Grant d'une stratégie sociale cohérente
- La politique de promotion ainsi que toutes mesures ayant un impact sur le GVT
- La politique de rémunération des contractuels ainsi que la politique d'intéressement de tous les agents publics
- La maîtrise du TPER (tableau prévisionnel des emplois rémunérés)9 - La gestion des carrières et la GPEC
- Le dialogue social
- Le domaine disciplinaire

Il est également souligné que l'organisation polaire n'a peut être que contribué à ajouter un sédiment à une organisation déjà très contraignante.

« Coïncé entre les instructions ministérielles, les contraintes budgétaires, les cadres législatif, réglementaire et jurisprudentiel, les protocoles externes ou internes, les contrats d'objectifs, la mise en place des C.H. T (communautés hospitalières de territoire) les contrats de pôles et les délégations aux responsables de pôles, les sollicitations des partenaires sociaux... ».

Conclusion

La question de la marge de liberté fait apparaître une préoccupation des DRH quant à l'existence de cette marge et son devenir au sein d'une organisation en pôle. Il est souligné que le positionnement clair du DRH à un niveau stratégique et pilotant l'ensemble de la fonction RH (cf. positionnement par rapport au directeur des soins) est la garantie de l'existence d'une marge de liberté.

Question 6 : Quelles sont, toujours dans ce cadre, les éléments qui nous paraissent décisifs pour la fonction de DRH ?

La fonction de DRH est fortement conditionnée par la politique de GRH, notamment de management, telle qu'elle est conçue, débattue et annoncée par le Chef d'établissement et désormais par le Directoire et le Conseil de Surveillance. Le DRH assure la maîtrise d'œuvre de cette politique, pour autant qu'elle existe de façon formelle, notamment à travers un projet social, inclus dans le projet d'établissement, après discussions et négociations avec les partenaires sociaux et l'encadrement.

La politique de GRH, dans une vision globale et stratégique, doit impérativement être présentée annuellement dans les instances mais également dans les assemblées de cadres afin d'être connue de tous. Elle doit clairement établir les positions institutionnelles en matière de :

- Recrutement, notamment de respect du statut et la place des contractuels.
- Politique de management, référentiel et charte du management.
- Gestion du temps de travail.
- Gestion des effectifs et politique de remplacement.
- Formation.
- Mobilité interne.
- Gestion des carrières et politique d'avancement de grade.
- Conditions de travail et prévention des risques professionnels.
- Accompagnement des professionnels en difficulté.
- Projet social et relations sociales.
- Délégations de gestion aux pôles.
- Démarche qualité de la GRH
- Système d'information RH, analyse du climat social, indicateurs de performances sociales et économiques, baromètre social.

La fonction de DRH nécessite un positionnement clair au sein de la structure, avec une délégation et un champ de mission prévus dans la fiche de poste. La place du DRH dans les instances de décision, notamment au sein du Directoire est un atout pour assurer la fonction, d'autant plus s'il assure ses fonctions pour les personnels médicaux et non médicaux.

La relation avec le Directeur des soins est un élément décisif pour assurer sa mission.

Le positionnement du DRH dans l'équipe de direction doit lui permettre d'être associé aux réflexions sur les organisations de travail et les aspects budgétaires et Financiers, au-delà de sa mission traditionnelle de garant de l'équilibre social. Le DRH doit être très étroitement impliqué dans la définition du champ des délégations de gestion aux pôles, particulièrement pour lui permettre d'assurer ses fonctions d'accompagnement et de contrôle en matière de gestion des effectifs et de maîtrise de la masse salariale.

Les DRH demandent avec la plus grande insistance de mettre un terme aux politiques d'enveloppes dédiées comme par exemple sur les CLACT ou la GPMC qui créent des effets d'aubaine, souvent sans suites, sans pour autant permettre l'installation de politiques durables.

Mission « modernisation de la GRH »

Réunion des DRH de Bretagne – 27 août 2010

SYNTHESE DES DEBATS

Le présent compte-rendu retrace les principales observations apportées lors de la réunion des DRH de Bretagne, le 27 août 2010.

1. Identifier les attentes et les besoins des différents acteurs hospitaliers en matière de gestion des ressources humaines (GRH) et leur évolution prévisible au cours des prochaines années

- les attentes sont différentes selon les services et les interlocuteurs, et restent encore assez floues
- les cadres supérieurs notamment attendent des tableaux de bord (par exemple éléments concernant l'absentéisme) ; ce qui nécessite le développement du contrôle de gestion RH avec toute une problématique à la fois qualitative et quantitative, et différentes questions qui se posent en terme de charge de travail mais aussi de formation (à la fois spécificités RH et compétences techniques de statisticien), ainsi que d'impact sur le système d'information
- il convient de prendre en considération les différences entre structures qui ne travaillent pas toutes de la même façon et ne disposent pas des mêmes compétences et outils
 - il serait pertinent d'envisager une mutualisation et/ou une coopération dans certains domaines
- les CHU ont déjà une approche en matière de délégation ; les CH n'ont pas le même historique et les mêmes pratiques ; en CHU, la question de la hiérarchie médicale est importante, le rôle du chef de pôle est affirmé et clair, ce qui n'est pas le cas dans les autres structures ; de manière générale, les médecins sont surtout préoccupés par leur activité, ce qu'elle rapporte, ce qu'elle coûte, et ont besoin d'indicateurs ; ils ne se sentiront pas responsables des difficultés qui apparaîtront
- l'impulsion donnée par le chef d'établissement en matière de politique interne est essentielle et le sera d'autant plus dans le cadre de la délégation de gestion
- la DRH va être sollicitée en tant que prestataire par les responsables de pôle qui eux souhaiteront être décisionnaires, ce qui va demander une démultiplication des fonctions RH pour chaque pôle
- les responsables de pôle estiment qu'une gestion de proximité sera davantage efficace et apportera une réponse plus rapide ; or les contraintes seront les mêmes et ils ne disposeront pas de toutes les connaissances et de la formation parfois nécessaire (ce n'est pas leur métier) ; derrière, surviendront des problématiques que la DRH devra gérer

- nécessité de mettre en place des formations afin de permettre aux responsables de pôle de comprendre et de s'investir dans les domaines RH
- pose la question du profil du cadre administratif (aujourd'hui, dans les pôles où ce poste n'existe pas, les questions RH sont traitées par les cadres supérieurs plutôt que par les responsables médicaux)
- les pôles souhaitent gérer des personnes et non pas des mensualités ; ils ont besoin de souplesse, mais également de compétences adaptées
- les médecins ne souhaiteront pas s'occuper de la question des personnels en difficulté
- risque de balkanisation
- les partenaires sociaux sont attachés à une égalité de traitement qu'ils souhaitent préserver au niveau institutionnel (inquiétudes par exemple en matière de mobilité interne en cas de délégation aux pôles)
- les personnels souhaitent qu'une attention particulière leur soit portée et sont en attente d'un accès facilité à la DRH et de la mise en place d'un parcours de fidélisation
- ils attendent une gestion individualisée de leur carrière, ce qui demande une disponibilité de la part de la DRH (problème de la charge de travail)
- difficultés parfois de trouver un accord entre les attentes et contraintes des uns et des autres (pôles, direction financière, DG, personnels/ DRH)
- aujourd'hui, les directions de ressources humaines ne sont pas armées ni organisées par rapport à la délégation de gestion dans les pôles
- question posée : le métier de DRH ne va-t-il pas se réduire, à terme, au rôle de simple contrôleur de la gestion assurée par les pôles ?
- il est important de définir en interne le champ des missions des pôles et le rôle de chacun dans les différents domaines concernés, avec des règles permettant d'éviter les dérives et de garantir une certaine équité
 - le rôle du chef d'établissement est essentiel
 - le métier de DRH doit être de définir la politique sociale et la politique RH ; la délégation aux pôles doit s'organiser dans un cadre préalablement fixé
 - il lui appartient également de proposer aux professionnels un accompagnement en mettant en place des compétences en conseil et orientation
- aujourd'hui, les DRH ne travaillent pas seuls ; les établissements disposent tous d'une politique sociale, les partenaires sociaux sont associés, un lien est assuré avec les pôles pour les recrutements« mais demain, les pôles sont en attente de davantage d'autonomie, qui va au-delà d'un fonctionnement dans un cadre qui aura été défini
- toute liberté doit se concevoir avec des limites ; le chef de pôle n'est qu'un acteur au travers d'une politique institutionnelle qui, elle-même, doit s'établir en cohérence avec la politique des établissements voisins

- il est noté que les médecins ne semblent pas déraisonnables dans leurs demandes ; mais tout dépend des structures et des niveaux de hiérarchie
- comment va être gérée la question des concours, notamment départementaux (concours de secrétaire médicale par exemple) ?
- expériences de délégations données aux pôles (formation, mensualités de remplacement sur les arrêts courts, contrats) = mise en place d'indicateurs et d'analyses mensuelles au niveau de la DRH qui permettent d'intervenir et de gérer les difficultés au fur et à mesure et ainsi d'éviter les risques de dépassements budgétaires ; pression forte de la part des pôles pour disposer d'une délégation de gestion plus conséquente ; évolution de la nature des contacts entre la direction des ressources humaines et les pôles ; dans certains domaines (ex. formation), les pôles trouvent des solutions en mutualisant leurs moyens
- le groupe souligne l'incidence des mouvements de personnels conjoncturels, générant un nombre important de départs de compétences

Injonction paradoxale :

- les *pôles* demandent une certaine souplesse et réactivité (disposer du bon agent au bon moment)
- les *organisations syndicales* souhaitent l'équité de traitement entre les personnels
- le *directeur général* a un regard sur l'activité et la satisfaction des responsables de pôle et veille à l'équilibre budgétaire
- les *agents* souhaitent un accompagnement individualisé
- le *DRH* est au centre et essaie de régler au mieux les questions RH, avec une attente forte autour du système d'information
- il apparaît essentiel de clarifier les choses et de *définir une politique RH* en la plaçant au centre des débats des instances et notamment du directoire ; celui-ci doit se positionner autour de la politique de recrutement, de mobilité, de gestion des carrières et de la politique sociale
- la *place du chef de pôle doit être clarifiée*, notamment par rapport à ses collègues
- il appartient à chaque établissement d'*organiser la délégation de gestion aux pôles*, d'en définir le niveau qui lui semble pertinent, selon sa taille, son activité
- la délégation de gestion implique de se poser la question de la *responsabilité*, de la *confiance* (des responsables de pôle par rapport à la DRH) et du *principe de précaution*
- il ne s'agit pas de décentraliser, mais de *déléguer dans certains domaines* et selon certains périmètres fixés entre direction et pôles, pour lesquels la direction assurera un contrôle
- les *responsables de pôles doivent être formés* dans les domaines RH

2- Quelles sont les transformations souhaitables des principaux processus de gestion des ressources humaines qui permettraient de répondre à ces attentes ?

En introduction, la question de la place des directeurs de soins en matière de gestion des ressources humaines et des relations entre directeurs des soins et DRH est évoquée : évolution en cours du fait des délégations de gestion et de la loi HPST qui les oriente davantage sur l'aspect qualité des soins

✓ les transformations qui apparaissent souhaitables concernent :

- les concours (davantage de souplesse souhaitée sur certaines filières)
- le statut qu'il conviendrait d'adapter au marché de l'emploi : problème par exemple sur le grade d'adjoint des cadres = le seul moyen de recruter des agents disposant des compétences adaptées aux besoins est aujourd'hui le CDI et le recrutement sur un grade de technicien supérieur hospitalier ; cette démarche génère des difficultés par rapport aux différences de situations parmi les personnels
- les carrières : la seule capacité aujourd'hui de reconnaître une carrière reste le statut qui n'est pas toujours favorable compte tenu des contraintes
- la rémunération : ce qui est proposé aujourd'hui ne répond pas aux besoins du marché, n'étant pas adapté au niveau d'études et de responsabilité
- les instances : le fonctionnement du CTE et du CHSCT est très formalisé et n'est plus adapté ; la délimitation des compétences entre ces deux instances n'est pas claire ; les organisations syndicales donnent un rôle de plus en plus important au CHSCT ; la DRH passe beaucoup de temps autour des instances alors que tout le monde les contourne (multiplication des réunions dans le cas de coopérations inter-établissements ou de communautés hospitalières de territoire) ; l'ensemble des établissements ressent une augmentation du nombre de contentieux, avec la question qui se pose en terme de compétence juridique au sein des DRH
- le dialogue social : les représentants du personnel souhaiteraient être associés à la délégation dans les pôles (les conseils de pôle ont été supprimés de la - la mutualisation de certaines fonctions
- concernant le statut de la FPH, les DRH s'interrogent sur les volontés politiques du ministère (objectifs cachés : d'un côté demande de réactivité, de l'autre blocage par des décisions techniques)
- en matière de formation, l'expérience du CHU de Rennes est exposée concernant la mise en place d'un pôle formation continue non médicale et médicale

- difficultés de mettre en place un plan de formation et de se trouver confronté en milieu d'année à des demandes liées à des contraintes réglementaires (ex. formations NRBC)

✓ Transformations souhaitables :

- davantage de *souplesse dans les processus de recrutement*
- revoir l'*évolution des carrières*, améliorer leur visibilité (faut-il conserver les commissions paritaires ?)
- revoir le *niveau de rémunération*
- définir clairement les *missions du CTE et du CHSCT*, assouplir leur mode de fonctionnement
- réfléchir sur le lieu et les modalités du *dialogue social*, au regard de la délégation de gestion aux pôles
- *mutualiser certaines compétences* : expertise juridique, accompagnement des personnels, conseil en orientation, formation continue et plus particulièrement DPC à mutualiser au niveau du territoire (lourdeur du DPC constatée par tous les DRH)
- revoir la *gestion des temps partiels* (problématique de la sur-rémunération des 80 % ; observation concernant les agents qui sont en congé maternité ou congés longue durée et qui sont rétablis dans leurs droits à plein temps lorsqu'ils travaillent à temps partiel), la question du *jour de carence* et mettre en place une *harmonisation de la prise en charge des frais de déplacement*

3.- Quelles sont les évolutions nécessaires du métier de responsable des ressources humaines, de ses compétences, de ses outils et de ses pratiques ?

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, quelles sont les marges de liberté nécessaires au DRH pour assurer sa fonction ?

Quels sont les éléments qui paraissent décisifs pour la fonction de DRH ?

- ⇒ difficulté de voir où sont les marges de liberté, avec l'impression d'assister à une centralisation au niveau politique alors qu'en interne, il est demandé au DRH de laisser une marge de manœuvre aux pôles dans le cadre de la délégation de gestion
- ⇒ il serait plus pertinent de poser la question non pas en terme de liberté, mais d'objectif : quel positionnement donne-t-on au DRH et de quoi lui demande-t-on d'être garant ? quels sont ses missions et les moyens dont il dispose pour les exercer ? et donc comment le directeur général conçoit le management dans l'établissement ?
- ⇒ il est indispensable de connaître le niveau, non pas de liberté, mais de marge de manœuvre dont disposera le DRH dans le cadre de la délégation au pôle« avec le risque de réduire l'attractivité de la fonction de DRH
- ⇒ les DRH abordent plus particulièrement la problématique des fonctions mutualisées entre différents établissements :
 - reconnaissance financière = existe pour les médecins, mais pas pour les personnels non médicaux

- gestion des déplacements entre sites = prise en charge des frais de déplacement et problème de la responsabilité
- problématique de la mise à disposition d'agents sur plusieurs structures lorsqu'ils ne sont pas volontaires
- anecdote concernant les médailles du travail (incitation à la mobilité«)
- difficultés dans le cas de directions communes mises en place = question de l'efficacité (aucun intérêt si l'objectif est de diminuer le nombre de directeurs), nécessité de rendre des arbitrages communs pour une meilleure cohérence, problème posé par la multiplication des instances, intérêt de prendre le temps de réfléchir, d'anticiper, de disposer d'une meilleure visibilité ; risque que personne ne sache plus qui fait quoi (même problème en cas de double fonction DRH et directeur délégué auprès des pôles) = la situation est compliquée pour le directeur concerné, pour l'établissement et pour les agents

- ⇒ Les orientations de l'ARS devraient être guidées par une logique et la synergie des activités
- ⇒ gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : l'intérêt de cet objectif n'est pas contesté, mais les DRH évoquent la difficulté de travailler dans l'anticipation et le prévisionnel ; ils citent : la réglementation concernant les retraites ; une étude réalisée par un cabinet extérieur à la demande du conseil régional dans l'objectif d'engager des contrats emploi-formation dans un certain nombre de filières professionnelles sanitaires et sociales et dont la nouvelle équipe ne semble pas tenir compte (enquête en cours lancée auprès des établissements) ; les formations réglementaires qui viennent emboliser le plan de formation en cours d'année
- ⇒ nécessité de clarifier la notion d'intéressement : lien fait avec le privé où un système collectif de rémunération est mis en place, avec une redistribution individuelle ± l'intéressement qui apporte un financement aux services leur permettant par exemple d'améliorer les conditions de travail ou d'acheter du matériel n'apparaît pas un levier suffisamment efficace ± il ne serait également pas pertinent de mettre en place un intéressement uniquement à destination du chef de pôle même s'il paraît justifié qu'il dispose d'une indemnisation de ses fonctions, celles-ci nécessitant un engagement particulier ; il est évoqué cependant la perte au niveau activité et donc ressources pour certains médecins investis dans des fonctions de chef de pôle
- ⇒ le DRH devra pouvoir exercer une mission d'expertise, de conseil, voire même de préemption (dans le cadre de la mobilité interne, par rapport aux personnels en difficulté)
- ⇒ il devra également garder le contrôle sur un certain nombre d'éléments :
- ⇒ l'équité de traitement sur l'ensemble des pôles devra pouvoir être vérifiée dans le cadre de la délégation de gestion des moyens de remplacement par exemple
- ⇒ crainte de ne pas pouvoir toujours rattraper une décision prise au sein d'un pôle (gestion des mensualités de remplacement), avec des conséquences budgétaires

⇒ Réflexion autour de la délégation de signature et donc de la responsabilité la question de la cohérence de l'équipe de direction dans son ensemble est soulignée

La fonction de DRH doit reposer sur :

- une *politique en matière de GRH définie* (et donc une position du chef d'établissement affirmée dans ce domaine) : cette question doit être discutée au sein du directoire
- des *domaines de délégation de gestion aux pôles* et un *niveau de responsabilité* clairement *identifiés*.

CONCLUSION

La fonction de DRH est difficile, mais elle est riche et passionnante. Dans le cadre de la délégation de gestion, il sera essentiel qu'il puisse, dans le cadre d'une politique d'établissement clairement définie, conserver ses missions d'expertise et de contrôle.

Les attentes

Actuellement la fonction RH rend satisfaction dans certains domaines et les besoins des acteurs sont couverts avec une certaine qualité notamment sur :

- le recrutement administratif qui est fait avec une grande sécurité juridique - la gestion des carrières, vue sous l'angle juridique
- la paye
- la formation

Compte tenu de la qualité du service rendu et sous l'effet d'une part de la délégation (organisation hospitalière en pôle) et d'autre part du développement de la gestion individualisée des carrières, la direction des ressources humaines doit rester le garant de l'équité de traitement des agents hospitaliers. Elle doit en outre être à l'écoute des nouvelles attentes exprimées par les agents ainsi que les acteurs institutionnels notamment dans le domaine de la santé au travail (risque psychosociaux, souffrance au travail).

Les attentes fortes des DRH sont :

- Le développement d'une politique RH à moyen et long terme qui permette de sortir d'une logique budgétaire annuelle.
- La fidélisation du personnel ainsi que sa stabilisation (baisse du turn-over)
- La meilleure maîtrise de la masse salariale. On constate un manque d'anticipation et d'outils de modération.
- Le développement d'une GPEC opérationnelle intégrée à tous les processus RH (évaluation/promotion, mobilité/parcours, formation/requalification).

Pour moderniser la fonction RH, Il est attendu de façon plus générale que la fonction publique « cloisonnée, gérée de façon peu personnalisée et peu responsabilisant » devienne « attractive, mobile et performante ». (Livre blanc de la fonction publique).

On convient devant de telles attentes que le dispositif législatif et réglementaire s'est énormément adapté (concours, évaluation, mobilité, formation, intéressement, régime indemnitaire). Il existe une méconnaissance (ou une sous utilisation) des outils réglementaires à disposition. Il faut donc certainement améliorer les échanges, les réseaux»

Les processus

Certains processus doivent être transformés pour améliorer la performance RH, notamment :

- Recrutement : les modalités de concours ne sont pas jugées toujours adaptées. En outre les professionnels RH doivent se professionnaliser (savoir conduire un entretien de recrutement, se créer un vivier de candidatures, détection des potentiels, etc«).

- Gestion des parcours professionnels et des compétences : la gestion de la carrière par les statuts particuliers est rigide, souvent linéaire estimée peu motivante pour les jeunes professionnels compétents.
- Les conditions de travail : les DRH ne perçoivent pas de signe clair d'une amélioration des conditions de travail des agents et se considèrent mal préparés (formation, connaissance de la réglementation dans ce domaine) pour développer des politiques pertinentes dans ce domaine jugé pourtant majeur.
- Le contrôle de gestion RH est un processus RH prioritaire à concevoir et développer, accompagné d'une adaptation du SIRH.
- Le projet social : sa mise en œuvre est trop souvent détournée par des financements par appel à projet au niveau national (CLACT, etc...) provoquant des effets d'aubaine préjudiciables à des réponses adaptées au niveau local.
- La transformation de certains processus RH peut avantageusement se concevoir dans manière plus transversale RH/finances/activité. Prévoir à cet effet, pour favoriser le décloisonnement des services RH et finances particulièrement des démarches projet.

Des propositions opérationnelles pour l'évolution du métier, des outils et des pratiques

Identifier une politique des ressources humaines à un niveau stratégique

La politique des ressources humaines tant pour sa conception que sa mise en œuvre doit être de la responsabilité du DRH. Ceci n'apparaît pas clairement dans le référentiel du DRH hospitalier.

Cette politique RH doit être adossée au projet d'établissement et prévoir des axes stratégiques et des axes de déclinaison. « *Cela doit se concrétiser par la capacité des DG et des DRH à prendre des engagements dans le cadre des contrats de pôle et dans le cadre du dialogue social* ». Il paraît nécessaire de préciser en quoi la politique RH diffère du « *projet social* ». Celui-ci pourrait alors être le volet social de la politique RH.

Les DRH proposent que la mise en œuvre de la politique soit l'occasion de rendez-vous réguliers de négociation (et de renégociation) avec les organisations syndicales sur les grands domaines RH :

- Conditions de travail,
- GPEC, etc...

Notons que cette proposition pourrait trouver son application grâce à la loi du 5 juillet 2010 sur la rénovation de dialogue social.

SIRH et contrôle de gestion

Les DRH ressentent comme une nécessité absolue, l'amélioration du SIRH et du SID (Système d'information et de décision) et la spécialisation du contrôle de gestion dans les services de ressources humaines. Il paraît notamment urgent d'identifier des métiers de « *contrôleur de gestion* » au sein des services RH.

L'ANAP devrait utilement être mise à contribution pour relever ces deux défis. Développement des pratiques à un niveau autre que l'entité « établissement »

1 - Mise en œuvre du statut

Il pourrait être constitué à un niveau « supra établissement » des groupements sur le modèle de la fonction publique territoriale qui permettraient une assistance juridique dans tous les domaines législatifs et réglementaires (veille réglementaire).

- Interprétation des textes nouveaux
- Assistance plus personnalisée sur des cas particuliers

Afin d'harmoniser les pratiques et soulager les établissements de sa mise en œuvre, ces groupements (CGS ou autres) pourraient également assurer une partie de la gestion de la carrière : commissions paritaires, avancements des fonctionnaires (règles complexes) rémunération

2 ± Développement de réseaux RH pour échanger les bonnes pratiques

Pour cela mise en place d'une structure type « école de la GRH » comme il en existe dans la fonction publique d'Etat.

3 ± Travailler avec l'ANFH pour assurer à un niveau extra établissements de nouvelles missions.

Afin d'accompagner les agents, aider aux reclassements professionnels après inaptitude et aux reconversions après restructuration.

4 ± Optimisation du « back-office »

Actuellement de multiples intervenants œuvrent déjà à un niveau supra établissements. Cependant leur action n'est pas communément organisée. Cela provoque parfois de redondances et trouble la visibilité.

Sur la GPEC par exemple sont à l'œuvre : l'ANAP, l'ANFH, la FHF, l'ARS, la DGOS

Aller plus loin dans la GPEC

Celle-ci doit se décliner dans tous les processus RH (recrutement, formation, évaluation, accompagnement des parcours professionnels, gestion des mobilités).

Une vraie fonction publique de métiers

La transformation amorcée vers une fonction publique de métiers, grâce au répertoire des métiers hospitaliers et plus largement à la mise en place de la GPEC intégrée aux processus RH rend inconfortable la cohabitation avec une organisation en corps et ses règles très rigoureuses de gestion de carrières (classement indiciaire, promotion etc.). Cette double catégorisation est confuse pour les agents et provoque des débats nouveaux avec les organisations syndicales.

La gestion des inaptitudes

Les DRH ressentent comme une forme d'impuissance face à la gestion des inaptitudes et des insuffisances. Il conviendrait pour les deux situations d'assouplir la réglementation pour faciliter l'aboutissement de situations jugées « très lourdes ».

En conclusion

Les DRH d'Ile-de-France souhaitent une montée en compétences de l'ensemble des responsables RH et de tous ceux qui participent à quelque niveau aux processus RH.

Pour accompagner la fonction RH vers plus de performance, il paraît nécessaire de maintenir et d'accroître l'autonomie des DRH dans certains domaines. Par exemple la conduite de la politique RH, le recrutement, le statut, la gestion de l'insuffisance et de l'inaptitude, etc. Les DRH reconnaissent cependant que l'accroissement de cette autonomie ne doit pas s'opérer aux dépens d'une nécessaire mutualisation de moyens et de processus qui pourraient trouver une légitimité à un échelon supra établissement.

ANNEXE 6

- ✓ Réflexion menée par des Chefs de Pôle - ANAP - Septembre 2010



100 PÔLES D'EXCELLENCE

La lettre des pôles d'excellence

Numéro spécial - 28 septembre 2010

Edito

Bonjour,

Nous vous proposons une édition spéciale consacrée à la gestion des ressources humaines à l'hôpital.

La Ministre de la santé a récemment lancé une mission de réflexion portant sur l'évolution de la fonction RH à l'hôpital.

Cette mission a été confiée à un groupe de travail, dont fait partie l'ANAP, chargé d'identifier les attentes et points de vue des différents acteurs hospitaliers.

Nous avons souhaité dans ce contexte recueillir la vision et les suggestions des chefs de pôles publics engagés dans le projet 100 pôles d'excellence, afin de pouvoir transmettre leurs points de vue au groupe de travail ministériel.

Une enquête a été adressée par mail aux chefs de pôle du secteur public, fin août 2010.

Nous remercions les répondants et souhaitons vous faire partager un extrait des réponses apportées aux quatre questions posées.

N'hésitez pas à réagir à ces extraits, en nous écrivant à poles-excellence@anap.fr.

En attendant le prochain numéro, maintenez le cap !

Aurélié Lebrun—Le Guern et l'équipe 100 pôles.

DANS CE NUMÉRO :

La vision des chefs de pôle sur le métier RH à l'hôpital. 2

**Numéro
spécial
RH**



Document interne au chantier déploiement Campagne « 100 Pôles d'excellence »

La vision des chefs de pôle sur la gestion des RH à l'hôpital

1. Quels sont vos besoins et attentes en matière de gestion des ressources humaines aujourd'hui ?

« Les attentes sont essentiellement dans deux champs :

- **réactivité**, avec la possibilité éventuelle de pouvoir faciliter les recrutements ainsi que les modifications de statuts et de postes.
- **flexibilité**, avec la possibilité de pouvoir offrir des évolutions de carrière, en parallèle à la contrainte de la situation administrative. »

- « **souplesse** dans la gestion des mensualités de remplacement (dans le respect de l'enveloppe budgétaire impartie).
- **anticipation** des départs à la retraite ou mobilité de plus en plus importante (essentiellement personnel infirmier) pour pouvoir au remplacement en temps voulu. »

« - Concernant le personnel non médical : **une délégation de gestion vers le pôle**, c'est-à-dire d'un déplacement de moyens humains pour le recrutement - les affectations - les contrats - la gestion des comptes d'heures, etc.. Le but est d'améliorer la réactivité car les retards sont cause de dysfonctionnement.

- Concernant le personnel médical : les mouvements du personnel doivent être gérés au niveau du PAM, on ne sait jamais lorsqu'un médecin part ou arrive. »

« **Dialogue et échanges** entre les soignants et la DRH ; compréhension, confiance, solidarité face aux objectifs. - La DRH devrait mieux connaître le monde des soignants et les soignants le monde de la DRH. »

« **Des outils de pilotage RH pertinents, partagés, des méthodologies d'analyse** »

« **Formation des cadres de pôle à ces outils.** »

« **Eviter le double langage qualité vs maîtrise comptable.** Ces deux notions devraient être complémentaires et non placées en opposition. Les administrations parlent qualité mais sur le terrain devient souvent vers une maîtrise comptable aveugle. Les soignants placent souvent la qualité en avant de leur discours et en opposition avec l'aspect économique des problèmes (la dépense et le déficit n'est pas garant de qualité !!). »

« Ces attentes sont doubles :

- d'un côté, le pôle souhaite pouvoir **bénéficier d'une plus grande liberté dans la gestion des ressources** dans le respect d'un objectif en terme de masse salariale, négocié régulièrement (dans le cadre d'un contrat par exemple ou dans un cadre annuel)
- de l'autre, le pôle a besoin de **disposer d'un appui spécialisé et compétent** pour toute une série d'actes de gestion des individus : opérations de recrutement, réponses à apporter aux besoins de reconnaissance, gratification et de formation ; gestion des situations individuelles posant des problèmes de fonctionnement ou de service, etc.

2. Quels seront les besoins et attentes dans les années à venir, au regard des évolutions organisationnelles et réglementaires ?

« Les mêmes mais il me paraît indispensable de **renforcer ce travail en équipe DRH- gestionnaire de pôle** ; nous sommes dans la même « galère » .
Une **véritable contractualisation** me paraît indispensable ; encore faut-il qu'elle se mette en place et soit effective sur les sujets sensibles . »

« Il y a aussi des secteurs "cloisonnés" où nous n'avons aucun droit de regard (les secrétariats) alors que **l'interprofessionnalité nécessite une seule réflexion pour l'ensemble des métiers.**

« J'espère aussi **avoir un droit de regard, avec les responsables médicaux sur les méthodes de recrutement** (par ex., un nouveau cadre de santé peut-il être imposé à un chef de service sans qu'il l'ait vu?).

« Au regard des évolutions organisationnelles et réglementaires, nous constatons des transformations avec les délégations de gestion : **enveloppe de formation déléguée au pôle, plan de formation de pôle, choix des organismes, etc ;**
- En matière de gestion des recrutements, les vacances et profils de postes existent depuis plusieurs années, **nous sélectionnons les candidats** .
- En matière d'effectifs, nous pouvons aussi proposer des **transformations d'emploi** soumises à validation de la DRH, **assurer la gestion d'emplois aménagés, avoir un suivi budgétaire du Titre I personnel non médical** , dans le cadre de l'EPRD par pôle. »

« - **Développer le sens "manager" d'équipe** : conduire des projets, expliquer les changements, communiquer sur l'activité, les recettes et les dépenses à tout le personnel, comme une véritable entreprise. Il me semble que les acteurs se sentiraient plus impliqués et il me semble également que c'est une demande actuelle.

« Il faut que les **organisations soient plus souples** et que la réglementation permette un **meilleur intéressement, une meilleure évolution des statuts** au sein d'une catégorie de personnels. »

3 . Pour répondre à ces attentes, quelles seraient selon vous les transformations des principaux processus de gestion des ressources humaines à envisager (recrutement, évaluation, gestion des effectifs, formation..) ?

« **Les processus existants me paraissent déjà intéressants encore faut-il les utiliser de manière correcte**, par exemple la formation existe, encore faut-il pouvoir libérer les équipes »

« **La gouvernance des RH doit être collaborative+++ plus que hiérarchisée.** »

« Les transformations nécessaires concernent essentiellement **la rapidité, l'organisation éventuellement de concours pour permettre les évolutions de carrière, une bonne organisation de la formation continue et de la gestion des effectifs.** »

- « En matière de **recrutements et de sélection des candidatures** ce métier existe et est largement développé dans les secteurs des entreprises, **la formation des DRH et des Directeurs des Soins devrait comporter cet apprentissage spécifique de même qu'aux règles de management facteurs de progrès de n'importe quel groupe de production.** Cette carence de formation est si avérée que bien des établissements préfèrent faire appel à des entreprises spécialisées dans le recrutement déléguant ainsi la fonction pour laquelle ils sont rémunérés. A leur décharge, ils n'ont pas les possibilités réglementaires. » d'utiliser les méthodes utilisées par ces cabinets spécialisés. »

« Le recrutement, l'évaluation et gestion des effectifs et formation doivent être fait par un corps de métier (secrétaires, infirmières, IADE). **Elles doivent être en commun avec les responsables du PAM et les services logistiques des ressources humaines.** »

« Pour ce qui est de l'évaluation, celle des personnes doit être couplée à celle de l'adéquation à la fonction et de l'évolution des métiers. La seule évaluation des compétences ne suffit plus, à l'image d'autres métiers l'évaluation des profils doit s'intégrer au cursus dès les premières années de formation que ce soient dans les IFSI ou à l'université qui fait une impasse totale sur ce mode de sélection pour des métiers où les qualités humaines sont dominantes. L'axe technique a beaucoup trop été favorisé conduisant à des excès générateurs d'abus d'actes injustifiés. »

« **Concernant l'évaluation, il est important qu'il y ait une prise de conscience des compétences développées dans des métiers très spécifiques** (prothésiste par exemple, dialyse.), de pouvoir les identifier et de prévoir de les garder, c'est-à-dire **formation** d'autres professionnels à ces métiers là.

L'évaluation doit être un moyen de pouvoir "récompenser" les bons éléments.

4. Quelles devraient être les évolutions du métier de RH en termes de compétences, d'outils et de pratiques ?

« **Les évolutions du métier de RH vont se concentrer plus sur l'aspect réglementaire, la gestion des carrières des agents en fonction du statut, avec des outils performants ; mais il nous paraît important qu'il garde un lien avec l'évolution des métiers hospitaliers et des techniques, même si la direction des soins le fait.** »

« **Connaissance du terrain , compétence en gestion bien sur, importance de la contractualisation dans ce domaine .** »

« **Participation plus importante aux contrôles de gestion des pôles. Les chefs de Pôle ne peuvent pas être experts partout, en particulier sur les compétences RH en dehors des PH et surtout sur les outils. Il ne faut pas non plus les considérer comme négligeables. La solution des problèmes viendra des échanges.** »

« La gestion qualitative et adaptative du poste de travail dans le cadre de la qualité du recrutement nous semble nécessaire. Cette gestion devrait se réaliser au sein des pôles, les RH se « cantonneraient » à la gestion administrative, la formation et la gestion prévisionnelle des métiers et des carrières. **En bref, aux pôles « le fond » et aux RH « la forme ».** »

« Les RH devraient plutôt avoir un **rôle de lien entre les différents pôles pour assurer l'équilibre en effectifs de personnel** , être plutôt force de recrutement que frein (rôle actuel) .
En tant qu'outils il serait nécessaire qu'ils puissent **avoir et sachent utiliser une base de donnée informatique du personnel avec mises à jour et observatoire en continue de l'absentéisme et de ses causes , des départs afin d'anticiper les recrutements .** »

« **Evolution indispensable de l'outils de gestion de RH : aujourd'hui inadapté à la gestion des heures, des CA et RTT. Il faut comptabiliser les heures supplémentaires de façon manuelle.**

- **Le métier de RH doit être plus celle d'un manager : Conduite de projet - conduite au changement.**
- **Développer des réseaux pour le recrutement.** »

« **Les compétences doivent être plus managériales et les outils de notation et d'évolution doivent manifestement évoluer. Pour les pratiques, elles sont encore rigides et ne permettent pas facilement de motiver certains collaborateurs.** »

« - **La GPEC notamment sur les secteurs médicaux, infirmiers et administratifs, doit être régionale et tenir compte de la planification sanitaire et notamment être déduite des SROS.**

- **Le fonctionnement des hôpitaux évolue vers la libéralisation, les statuts de la fonction publique doivent évoluer de la même manière en donnant plus de souplesse aux GRH (rémunération, avantages, évolution de carrière).**

- **Les structures d'amont (l'université et les IFSI) doivent renforcer leur mission de service public, s'intégrer dans le paysage régional, dépasser le cadre des villes universitaires et former afin de pérenniser l'offre de soin régionale sur la totalité du territoire. L'enjeu des GRH est de pouvoir s'intégrer dans les structures universitaires, d'établir des partenariats avec les CHU afin que le maintien de l'offre de soin devienne un axe de développement régional et non plus local et sectorisé. L'enjeu des universités est de faire partager aux étudiants le sens d'une mission qui disparaît : celle du service public et de l'harmonie de l'offre de soins.** »

ANNEXE 7

- ✓ Extraits des textes figurant dans la partie 2.4 du rapport relative au dialogue social

DISPOSITIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

INSTANCES NATIONALES

Personnel médical titulaire et probatoire

Comité consultatif national paritaire

Article R. 6152-327 CSP : Un comité consultatif national paritaire est institué auprès du ministre chargé de la santé.

Ce comité, présidé par un représentant du ministre chargé de la santé, est composé de douze membres titulaires représentant l'administration et de douze membres représentant les praticiens hospitaliers temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel désignés par les organisations syndicales représentatives au plan national.

Des membres suppléants sont désignés en nombre égal à celui des membres titulaires et dans les mêmes conditions.

Le comité est consulté par le ministre chargé de la santé sur les questions générales relatives aux praticiens intéressés et notamment celles touchant à leurs conditions de travail et à leur situation, à l'exclusion des dispositions statutaires.

Il peut saisir sur ces questions une ou plusieurs commissions visées à l'article R. 6125-325, dès lors que ces questions relèvent de leurs attributions.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement du comité consultatif national paritaire sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Commission statutaire nationale

Article R6152-324 CSP : La commission statutaire nationale, présidée par le chef de l'inspection générale des affaires sociales ou son représentant, membre de l'inspection générale ayant rang d'inspecteur général, comprend en nombre égal :

1° Six membres représentants de l'administration, désignés par le ministre chargé de la santé, dont la moitié au moins ayant la qualité de médecin ou de pharmacien :

- a) Le directeur général de l'offre de soins ou son représentant ;
- b) Dans toutes les sections, un inspecteur ayant la qualité de médecin et un inspecteur ayant la qualité de pharmacien exerçant dans les agences régionales de santé, figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- c) Pour les sections médicales, un inspecteur ayant la qualité de médecin, ou, pour la section pharmacie, de pharmacien exerçant dans les agences régionales de santé, figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- d) Un membre de l'inspection générale des affaires sociales, choisi par le directeur général du Centre national de gestion parmi six membres de l'inspection générale des affaires sociales figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, ou un conseiller général des établissements de santé, désigné dans les mêmes conditions ;
- e) Un directeur ou un membre d'un conseil de surveillance d'un établissement public de santé, choisi par le directeur général du Centre national de gestion parmi des personnes proposées par la Fédération hospitalière de France et figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ;

2° Six membres, élus par collège, pour chaque section, au scrutin de liste proportionnel avec répartition des restes à la plus forte moyenne.

La commission statutaire nationale comprend deux collèges :

- a) Le collège des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel;
- b) Le collège des personnels enseignants et hospitaliers titulaires.

Lorsque la commission est appelée à se prononcer sur la situation des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel, elle comprend, outre les membres mentionnés au 1°, le collège des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel.

Lorsqu'elle est appelée à se prononcer sur la situation des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel exerçant dans les centres hospitaliers universitaires, la commission comprend également des représentants des personnels enseignants et hospitaliers titulaires.

Chaque collège mentionné aux a et b élit six représentants titulaires et six représentants suppléants pour chacune des sections suivantes :

- 1° Médecine et spécialités médicales ;
- 2° Chirurgie, spécialités chirurgicales et odontologie ;
- 3° Anesthésie-réanimation ;
- 4° Radiologie ;
- 5° Biologie ;
- 6° Psychiatrie ;
- 7° Pharmacie.

La durée du mandat des membres de la présente commission est fixée pour cinq ans. Elle peut être prorogée dans la limite de la même durée.

Les modalités d'organisation des élections sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Conseil de Discipline

Article R. 6152-318 CSP : Le conseil de discipline comprend :

- 1° Un président et un président suppléant, conseillers d'Etat, nommés par le ministre chargé de la santé sur proposition du vice-président du Conseil d'Etat ;
- 2° Le directeur général de la santé ou un médecin le représentant ;
- 3° Le directeur général de l'offre de soins ou son représentant ;
- 4° Un membre titulaire et un membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la santé parmi les membres de l'inspection générale des affaires sociales, en activité ou honoraires, docteurs en médecine ou en pharmacie, sur proposition du chef de l'inspection générale des affaires sociales ;
- 5° Un membre titulaire et un membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la santé parmi les inspecteurs ayant la qualité de médecin ou de pharmacien exerçant au sein des agences régionales de santé ;
- 6° Un membre titulaire et un membre suppléant directeur d'un établissement public de santé, désignés par le ministre chargé de la santé sur une liste de six noms proposés par la Fédération hospitalière de France ;
- 7° Un membre titulaire et un membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la santé parmi les personnels enseignants et hospitaliers titulaires mentionnés au 1° de l'article 1er du décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, pour chacune des sections énumérées au 8° ;
- 8° Six représentants titulaires et suppléants, élus par le collège des praticiens à temps plein et des praticiens à temps partiel pour chacune des sections suivantes :
 - a) Médecine et spécialités médicales ;
 - b) Psychiatrie ;
 - c) Chirurgie, spécialités chirurgicales et odontologie ;
 - d) Radiologie ;
 - e) Biologie ;
 - f) Anesthésie-réanimation ;
 - g) Pharmacie.

Pour chacune de ces sections, il est constitué un collège unique des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel.

Les membres du conseil de discipline sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé publié sur le site internet du Centre national de gestion. L'arrêté fixe la date d'effet du mandat des membres élus de la commission.

Comité de Coordination de la Formation Médicale Continue

Abrogé par la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 (Article 59-II) et remplacé par les dispositions relatives au Développement professionnel continu.

Comité National pour l'Évaluation Médicale

Abrogé par le décret n°2010-344 du 31 mars 2010 (Article 62).

Conseil National des Ordres Professionnels

Professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme

Article L. 4122-1 CSP : Le conseil national de l'ordre remplit sur le plan national la mission définie à l'article L. 4121-2. Il veille notamment à l'observation, par tous les membres de l'ordre, des devoirs professionnels et des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1. Il étudie les questions ou projets qui lui sont soumis par le ministre chargé de la santé.

Il peut, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession de sage-femme, de médecin ou de chirurgien-dentiste, y compris en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à l'une de ces professions.

Médecins :

Article L. 4132-1 CSP : Le Conseil national de l'ordre des médecins comprend cinquante et un membres, à savoir :

1° Quarante-six membres élus pour six ans par les conseils départementaux.

Ces membres sont répartis comme suit :

- a) Un membre par ressort territorial de chaque conseil régional métropolitain hors Ile-de-France ;
 - b) Pour la région Ile-de-France, douze membres, répartis entre les départements de cette région selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, compte tenu du nombre des médecins inscrits aux derniers tableaux qui ont été publiés pour ces départements ;
 - b bis) Deux membres supplémentaires pour le ressort territorial de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et deux pour le ressort territorial de la région Rhône-Alpes ;
 - c) Neuf membres supplémentaires pour le ressort territorial de neuf conseils régionaux désignés par arrêté du ministre chargé de la santé, compte tenu du nombre des médecins inscrits aux derniers tableaux publiés pour l'ensemble des départements métropolitains.
- 2° Trois membres représentant respectivement les médecins exerçant à la Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique et un membre représentant les médecins exerçant à la Réunion et à Mayotte. Chacun de ces quatre membres titulaires est assisté d'un suppléant. Ces membres titulaires et suppléants sont élus conformément aux règles fixées au 1° du présent article.
- 3° Un membre de l'Académie nationale de médecine qui est désigné par ses collègues.

Chirurgiens dentistes :

Article L. 4142-1 CSP : Le Conseil national de l'ordre national des chirurgiens-dentistes comprend dix-neuf membres, à savoir :

- 1° Un membre pour chacun des onze secteurs que détermine un arrêté du ministre chargé de la santé sur la base du ressort territorial des conseils régionaux métropolitains ;
- 2° Deux membres représentant, l'un, les chirurgiens-dentistes exerçant à la Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique et, l'autre, les chirurgiens-dentistes exerçant à la Réunion et à Mayotte ;

- 3° a) Trois membres supplémentaires pour le ressort territorial du Conseil régional Ile-de-France ; ces trois membres sont répartis entre les départements de cette région par un arrêté du ministre chargé de la santé ;
- b) Un membre supplémentaire pour chacune des trois régions suivantes :
- Rhône-Alpes ;
 - Midi-Pyrénées-Languedoc-Roussillon ;
 - Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse.

Sages-femmes :

Article L. 4152-1 CSP : Le Conseil national de l'ordre des sages-femmes est composé de cinq sages-femmes élues par les conseils départementaux regroupés en cinq secteurs par arrêté du ministre chargé de la santé.

Profession de pharmacien

Article L. 4231-1 CSP : L'ordre national des pharmaciens a pour objet :

- 1° D'assurer le respect des devoirs professionnels ;
 - 2° D'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ;
 - 3° De veiller à la compétence des pharmaciens ;
 - 4° De contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels.
- L'ordre national des pharmaciens groupe les pharmaciens exerçant leur art en France.

Article L. 4231-4 CSP : Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est composé :

- 1° De trois professeurs ou maîtres de conférences des unités de formation et de recherche de pharmacie, pharmaciens, nommés par le ministre chargé de la santé, sur proposition du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;
- 2° Du directeur général de la santé ou du pharmacien inspecteur de santé publique qu'il désigne à cet effet représentant le ministre chargé de la santé ;
- 3° D'un pharmacien du service de santé représentant le ministre chargé de l'outre-mer ;
- 4° De huit pharmaciens d'officine dont un appartenant obligatoirement à la région Ile-de-France, inscrits au tableau de la section A, élus ;
- 5° De quatre pharmaciens inscrits au tableau de la section B, dont deux pharmaciens responsables ou responsables intérimaires et deux pharmaciens délégués, délégués intérimaires ou adjoints, élus ;
- 6° De deux pharmaciens inscrits au tableau de la section C, dont un pharmacien responsable ou responsable intérimaire et un pharmacien délégué, délégué intérimaire ou adjoint, élus ;
- 7° De cinq pharmaciens inscrits au tableau de la section D, dont quatre pharmaciens adjoints d'officine et un d'une autre catégorie de pharmaciens inscrits en section D, élus ;
- 8° D'un pharmacien inscrit au tableau d'une des sections de l'ordre représentant les pharmaciens des sous-sections de la section E ;
- 9° De trois pharmaciens inscrits au tableau de la section G, élus ;
- 10° De trois pharmaciens inscrits au tableau de la section H, élus ;
- 11° De deux pharmaciens membres de l'Académie nationale de pharmacie, proposés, après élection, à la nomination du ministre chargé de la santé.

Les pharmaciens fonctionnaires représentant le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'outre-mer assistent à toutes les délibérations avec voix consultative.

L'élection des membres du Conseil national de l'ordre siégeant au titre des sections A, B, C, D, G et H est effectuée au second degré par les membres des conseils centraux correspondants.

L'élection de chacun des membres du conseil national de l'ordre représentant les pharmaciens de la section E est effectuée au second degré, par l'ensemble des délégués locaux des sous-sections des départements d'outre-mer et de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon.

La durée du mandat des membres élus ou nommés du conseil national de l'ordre est de six ans. Le conseil national est renouvelable par moitié tous les trois ans.

Les pharmaciens membres du conseil national de l'ordre ne peuvent pas faire partie des autres conseils de l'ordre.

Article L. 4232-1 CSP : L'ordre national des pharmaciens comporte sept sections dans lesquelles les pharmaciens sont répartis de la manière suivante :

Section A.-Pharmaciens titulaires d'une officine ;

Section B : pharmaciens responsables ainsi que leurs intérimaires, délégués, délégués intérimaires et adjoints exerçant dans les entreprises et établissements se livrant à la fabrication, l'importation ou l'exploitation de médicaments ou produits mentionnés aux articles L. 5124-1 et L. 5142-1 ;

Section C : pharmaciens responsables ainsi que leurs intérimaires, délégués, délégués intérimaires et adjoints exerçant dans les entreprises et établissements se livrant à la distribution en gros ou à l'exportation de médicaments ou produits mentionnés aux articles L. 5124-1 et L. 5142-1 ;

Section D : pharmaciens adjoints exerçant en officine, pharmaciens remplaçants de titulaires d'officine ou gérants d'officine après décès, pharmaciens mutualistes et, généralement, tous pharmaciens non susceptibles de faire partie de l'une des sections A, B, C, E, G et H, à l'exception des pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7 ;

Section E.-Ensemble des pharmaciens exerçant leur art dans les départements d'outre-mer et dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'exception des pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7 ;

Section G.-Pharmaciens biologistes exerçant dans les laboratoires de biologie médicale publics et privés ;

Section H : pharmaciens exerçant dans les établissements de santé ou médico-sociaux, les établissements de transfusion sanguine, les services départementaux d'incendie et de secours, les dispensaires antituberculeux et les centres de planification ou d'éducation familiale.

Commission nationale de l'activité libérale

Article L6154-5 CSP : [...] //

Une commission nationale de l'activité libérale siège auprès du ministre chargé de la santé.

Article R6154-20 CSP : Les membres de la commission sont nommés pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la santé. S'ils perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été appelés à siéger, ils sont remplacés dans les mêmes conditions de désignation pour la durée du mandat restant à courir.

La commission comprend :

1° Un président, membre du Conseil d'Etat, nommé sur proposition du vice-président du Conseil d'Etat, ou membre de la Cour des comptes, nommé sur proposition du premier président de la Cour des comptes ;

2° Le président du Conseil national de l'ordre des médecins ou un vice-président chargé de le représenter ;

3° Deux membres de l'inspection générale des affaires sociales ou leurs suppléants ayant la même qualité nommés sur proposition du chef de l'inspection générale des affaires sociales ;

4° Le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant ;

5° Trois représentants des personnels enseignants et hospitaliers titulaires ou leurs suppléants nommés sur proposition de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement de centre hospitalier et universitaire dont deux choisis parmi les praticiens autorisés à exercer une activité libérale et un parmi les praticiens n'exerçant pas d'activité libérale ;

6° Deux représentants des praticiens hospitaliers ou leurs suppléants nommés sur proposition des conférences des présidents de commission médicale d'établissement des hôpitaux non universitaires dont un choisi parmi les praticiens autorisés à exercer une activité libérale et l'autre parmi les praticiens n'exerçant pas d'activité libérale ;

7° Deux membres de conseils de surveillance non médicaux, ou leurs suppléants, dont l'un est membre du conseil de surveillance d'un centre hospitalier universitaire et l'autre du conseil de surveillance d'un établissement public de santé non universitaire, nommés sur proposition de la Fédération hospitalière de France ;

8° Un représentant des usagers du système de santé ou son suppléant choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1.

Personnel hospitalier

Conseil commun de la Fonction Publique (CSFP)

Art. 9 ter de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, issu de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010.-Le Conseil commun de la fonction publique connaît de toute question d'ordre général commune aux trois fonctions publiques dont il est saisi.

« Il est saisi des projets de loi ou d'ordonnance et, lorsqu'une disposition législative ou réglementaire le prévoit, de décret, communs aux trois fonctions publiques, à l'exception des textes spécifiques à chaque fonction publique.

« La consultation du Conseil commun de la fonction publique, lorsqu'elle est obligatoire, remplace celle des conseils supérieurs de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière.

« Le Conseil commun de la fonction publique est présidé par le ministre chargé de la fonction publique ou son représentant.

« Il comprend :

« 1° Des représentants des organisations syndicales de fonctionnaires désignés par celles-ci ; les sièges sont répartis entre les organisations syndicales proportionnellement au nombre des voix obtenues par chacune d'elles lors des dernières élections pour la désignation des membres des comités techniques dans les trois fonctions publiques et des organismes consultatifs permettant d'assurer la représentation des personnels en vertu de dispositions législatives spécifiques ;

« 2° Des représentants des administrations et employeurs de l'Etat et de leurs établissements publics ;

« 3° Des représentants des employeurs publics territoriaux dont le président du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, désignés par les représentants des communes, des départements et des régions au sein du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, mentionnés à l'article 8 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

« 4° Des représentants des employeurs publics hospitaliers désignés par les organisations les plus représentatives des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

« Le président du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière assiste aux réunions du Conseil commun de la fonction publique sans voix délibérative.

« L'avis du Conseil commun de la fonction publique est rendu lorsque l'avis de chacune des catégories des représentants mentionnées aux 1°, 3° et 4° a été recueilli.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article. »

Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière (CSFPH) :

Article 11 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, modifié par la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010- Il est institué un Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière présidé par un conseiller d'Etat et comprenant :

1° Des représentants des ministres compétents ;

2° Des représentants des employeurs publics territoriaux et des représentants des employeurs publics hospitaliers désignés par les organisations les plus représentatives des établissements mentionnés à l'article 2 ;

3° Des représentants des organisations syndicales représentatives des fonctionnaires des établissements mentionnés à l'article 2. Les sièges attribués aux organisations syndicales sont répartis entre elles proportionnellement au nombre de voix qu'elles ont obtenues aux élections organisées pour la désignation des représentants du personnel aux comités techniques d'établissement et aux comités consultatifs nationaux. Les organisations syndicales désignent leurs représentants.

L'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière est rendu lorsqu'ont été recueillis, d'une part, l'avis des représentants mentionnés au 2° et, d'autre part, l'avis des représentants mentionnés au 3° du présent article.

Commissions administratives paritaires nationales :

Article 19 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 : Une commission administrative paritaire nationale est instituée auprès des ministres compétents pour chaque corps de catégorie A recruté et géré au niveau national en application de l'avant-dernier alinéa de l'article 4¹.

Article 3 décret n°91-790 du 14 août 1991 : Le nombre des représentants du personnel, pour chacune des classes du corps auquel correspond la commission administrative paritaire, est fixé ainsi qu'il suit :

Pour une classe comprenant jusqu'à 20 agents :

- un membre titulaire et un membre suppléant.

Pour une classe comprenant de 21 à 200 agents :

- deux membres titulaires et deux membres suppléants.

Pour une classe comprenant de 201 à 500 agents :

- trois membres titulaires et trois membres suppléants.

Pour une classe comprenant de 501 à 1 000 agents :

- quatre membres titulaires et quatre membres suppléants.

Pour une classe comprenant de 1 001 à 2 000 agents :

- cinq membres titulaires et cinq membres suppléants.

Pour une classe comprenant plus de 2 000 agents :

- six membres titulaires et six membres suppléants.

L'effectif des personnels pris en compte pour la détermination du nombre des représentants est apprécié au 31 décembre de l'année qui précède celle au cours de laquelle a lieu le scrutin. La répartition générale des sièges est fixée par arrêté du directeur général du Centre national de gestion.

Au niveau régional/interrégional et départemental :

Personnel médical titulaire et probatoire

Commission régionale paritaire

Article R. 6152-325 CSP : La commission régionale paritaire placée auprès de chaque directeur général d'agence régionale de santé comprend au maximum seize membres désignés en nombre égal parmi :

¹ Corps des directeurs d'hôpital, des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des directeurs des soins.

1° Des représentants des praticiens relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre désignés par les organisations syndicales les plus représentatives au plan national, à raison de deux membres par organisation ;

2° Des représentants des directeurs et des présidents de commission médicale d'établissement des établissements publics de santé ainsi que des représentants des services territoriaux de l'Etat compétents en matière sanitaire, désignés par le directeur général d'agence régionale de santé.

La commission régionale paritaire est présidée par le directeur général d'agence régionale de santé qui a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

Les modalités de désignation des membres et les modalités de fonctionnement de la commission régionale paritaire sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article R. 6152-326 CSP : La commission régionale paritaire est consultée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur :

1° L'organisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et l'évaluation de cette organisation ;

2° Le suivi de la mise en œuvre des engagements relatifs à la part complémentaire variable de rémunération ;

3° Le suivi budgétaire des emplois médicaux, et en particulier leur adaptation aux besoins de l'activité hospitalière. Elle est destinataire d'un bilan annuel des postes de praticien dont la vacance a été publiée ainsi que des opérations de restructuration ou de coopération et de leurs incidences sur les emplois de praticiens et la situation des praticiens concernés ;

4° Le suivi des praticiens mentionnés au 3° de l'article L. 6152-1.

La commission peut se voir confier, à la demande du Centre national de gestion ou du directeur général de l'agence régionale de santé, une action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits.

Elle peut faire toute proposition pour améliorer la gestion des praticiens au Centre national de gestion.

Comité Régional de la Formation Médicale Continue

Articles L. 4133-4 s et R 4133-125 (médecins) et R 4236-8 (pharmaciens) du CSP, abrogés par la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 (Article 59- II) et remplacés par les dispositions relatives au développement professionnel continu.

Conseil régional et interrégional des Ordres Professionnels

Professions de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme :

Articles L. 4124-11 CSP : I.-Le conseil régional ou interrégional, placé sous le contrôle du conseil national, remplit, sur le plan régional, la mission définie à l'article L. 4121-2. Il assure notamment les fonctions de représentation de la profession dans la région ou l'inter région ainsi que celle de coordination des conseils départementaux.

Il est consulté par le directeur général de l'agence régionale de santé sur les questions et les projets relevant de ses compétences.

Il exerce dans les régions ou les inter régions les attributions mentionnées à l'article L. 4112-4.

Il peut décider la suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité du professionnel ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de sa profession.

Le conseil peut, dans les matières énumérées aux deux alinéas précédents, statuer en formation restreinte.

Les délibérations du conseil régional ou interrégional ne sont pas publiques.

II.-Les décisions des conseils régionaux ou interrégionaux en matière d'inscription au tableau et de suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession peuvent faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le conseil national. Le conseil national peut déléguer ses pouvoirs à des formations qui se prononcent en son nom.

III.-Dans les régions constituées d'un seul département, la fonction de représentation de la profession est assurée par le conseil départemental.

IV.-Le conseil régional ou interrégional est composé de membres titulaires et d'un nombre égal de membres suppléants élus par les conseils départementaux de la région ou de l'inter région parmi les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes inscrits à leur tableau et qui remplissent les conditions fixées à l'article L. 4123-5. Les conseillers nationaux participent en outre avec voix consultative aux délibérations du conseil régional ou interrégional dont ils sont issus, à l'exception de celles mentionnées aux troisième et quatrième alinéas du I du présent article.

V.-[...]

VI.-Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil, les modalités d'élection de ses membres, la durée de leur mandat et les règles de fonctionnement et de procédure qu'il devra respecter.

Profession de pharmacien :

Article L. 4312-5 CSP : I.-Le conseil régional, placé sous le contrôle du conseil national, remplit, sur le plan régional, les missions définies à l'article L. 4312-2. Il assure les fonctions de représentation de la profession dans la région ainsi que la coordination des conseils départementaux ou interdépartementaux.

Il étudie les projets, propositions ou demandes d'avis qui lui sont soumis par les instances compétentes en matière de santé sur le plan régional. Il est consulté sur le contrat de plan institué par l'article L.214-13 du code de l'éducation avant l'approbation de ce contrat de plan par le conseil régional intéressé.

Il peut décider la suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité du professionnel ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de sa profession. Le conseil peut, en ce cas, se réunir en formation restreinte.

Les délibérations du conseil régional ne sont pas publiques.

II.-Les décisions des conseils régionaux en matière d'inscription au tableau et de suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession peuvent faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le conseil national.

III.-Un décret fixe le nombre des membres de chaque conseil régional, compte tenu du nombre d'infirmiers inscrits au dernier tableau publié. // [...] // [...]

IV.-Le conseil régional comprend une chambre disciplinaire de première instance.

Conseils départementaux des ordres professionnels

Professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme :

Article L. 4123-1 CSP : Le conseil départemental de l'ordre exerce, dans le cadre départemental et sous le contrôle du conseil national, les attributions générales de l'ordre, énumérées à l'article L. 4121-2.

Il statue sur les inscriptions au tableau.

Il autorise le président de l'ordre à ester en justice, à accepter tous dons et legs à l'ordre, à transiger ou compromettre, à consentir toutes aliénations ou hypothèques et à contracter tous emprunts.

Il peut, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession médicale, y compris en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à l'une de ces professions.

En aucun cas, il n'a à connaître des actes, des attitudes, des opinions politiques ou religieuses des membres de l'ordre.

Il peut créer avec les autres conseils départementaux de l'ordre et sous le contrôle du conseil national, des organismes de coordination.

Article L. 4123-2 CSP : Il est constitué auprès de chaque conseil départemental une commission de conciliation composée d'au moins trois de ses membres. La conciliation peut être réalisée par un ou plusieurs des membres de cette commission, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Lorsqu'une plainte est portée devant le conseil départemental, son président en accuse réception à l'auteur, en informe le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme mis en cause et les convoque dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation. En cas d'échec de celle-ci, il transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec l'avis motivé du conseil dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en s'y associant le cas échéant.

Lorsque le litige met en cause un de ses membres, le conseil départemental peut demander à un autre conseil de procéder à la conciliation.

En cas de carence du conseil départemental, l'auteur de la plainte peut demander au président du conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente. Le président du conseil national transmet la plainte dans le délai d'un mois.

Médecins :

Article L4132-11 CSP : Il existe dans chaque département un conseil départemental composé d'un nombre de membres qui est fixé par voie réglementaire compte tenu du nombre des médecins inscrits au dernier tableau publié.

Chirurgiens-dentistes

Article L. 4142-6 CSP : Dans chaque département, le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes est constitué de membres en nombre variable, selon le nombre de chirurgiens-dentistes inscrits au tableau. Ce nombre est de sept si le nombre des chirurgiens-dentistes inscrits est égal ou inférieur à cinquante et de dix si le nombre est supérieur à cinquante.

Sages-femmes

Article L. 4152-9 CSP : Il existe dans chaque département un conseil départemental composé d'un nombre de membres fixé par voie réglementaire compte tenu du nombre de sages-femmes inscrites au dernier tableau publié.

Personnel hospitalier (Fonction Publique Hospitalière)

Commissions Administratives Paritaires Départementales

Article 18 de la loi n° 83-33 du 9 janvier 1986, modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 : Des commissions administratives paritaires départementales sont instituées par le directeur général de l'agence régionale de santé au nom de l'Etat. Il en confie la gestion à l'autorité investie du pouvoir de nomination d'un établissement public de santé dont le siège se trouve dans le département. Ces commissions sont compétentes à l'égard des fonctionnaires pour lesquels les commissions administratives paritaires locales ne peuvent être créées.

Lorsqu'une commission administrative paritaire locale ne peut être réunie conformément aux dispositions applicables, la commission administrative paritaire départementale est compétente.

Au niveau local (établissement)

Personnel médical titulaire et probatoire

Commission médicale d'établissement

Attributions :

Article L. 6144-1 CSP : Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Article R6144-1 CSP : La commission médicale d'établissement est consultée sur les matières suivantes :

- 1° Le projet médical de l'établissement ;
- 2° Le projet d'établissement ;
- 3° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- 4° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 5° Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux ;
- 6° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.

Article R. 6144-1-1 CSP : La commission médicale d'établissement est informée sur les matières suivantes :

- 1° L'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 2° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement ;
- 3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- 4° Les contrats de pôles ;
- 5° Le bilan annuel des tableaux de service ;
- 6° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 7° L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir ;
- 8° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 9° L'organisation interne de l'établissement ;
- 10° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Article R6144-2 CSP : La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- 1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- 2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- 3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- 4° La prise en charge de la douleur ;
- 5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

Article R6144-2-1 CSP : La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- 1° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;

- 2° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- 3° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- 4° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- 5° L'organisation des parcours de soins.

Article R6144-2-2 CSP : La commission médicale d'établissement :

1° Propose au directeur le programme d'actions mentionné à l'article L. 6144-1. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

2° Elabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

Composition :

Article R. 6144-3 CSP : I. - La composition de la commission médicale d'établissement des centres hospitaliers est fixée comme suit :

- 1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ;
- 2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- 3° Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- 4° Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
- 5° Un représentant élu des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
- 6° Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

II. - Assistent en outre avec voix consultative :

- 1° Le président du directoire ou son représentant ;
 - 2° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
 - 3° Le praticien responsable de l'information médicale ;
 - 4° Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
 - 5° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
 - 6° Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.
- Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

Article R. 6144-3-1 CSP : I. - La composition de la commission médicale d'établissement des centres hospitaliers universitaires est fixée comme suit :

- 1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques lorsque l'établissement compte moins de onze pôles ; lorsque le nombre de chefs de pôles est supérieur ou égal à onze, le règlement intérieur de l'établissement détermine le nombre de représentants élus par et parmi les chefs de pôle, ce nombre ne pouvant être inférieur à dix ;
- 2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- 3° Des représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement ;
- 4° Des représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement ;

5° Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;

6° Un représentant élu des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;

7° Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un pour les internes de médecine des autres spécialités, un pour les internes de pharmacie et un pour les internes en odontologie.

Les représentants mentionnés au 3° et au 4° sont en nombre égal.

II. - Assistent en outre avec voix consultative :

1° Le président du directoire ou son représentant ;

2° Les directeurs d'unité de formation et de recherche de médecine ou le président du Comité de coordination de l'enseignement médical et, quand ils existent, le directeur d'unité de formation et de recherche de pharmacie et le directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie ;

3° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

4° Le praticien responsable de l'information médicale ;

5° Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;

6° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

Commission locale de l'activité libérale :

Article L. 6154-5 CSP : Dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité.

Article R. 6154-11 CSP : La commission de l'activité libérale de l'établissement est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission peut soumettre aux autorités mentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5.

Le rapport est communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Article R. 6154-12 CSP : Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission comprend :

1° Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;

2° Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;

3° Un représentant de l'agence régionale de santé désigné par son directeur général ;

4° Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;

5° Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;

6° Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;

7° Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1.

La commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

Personnel hospitalier (Fonction Publique Hospitalière)

Comité technique d'Etablissement

Article L. 6144-3 CSP : Dans chaque établissement public de santé, il est créé un comité technique d'établissement doté de compétences consultatives dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Article L. 6144-4 CSP : Le comité technique d'établissement est présidé par le directeur. Celui-ci peut être suppléé par un membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

Le comité est composé de représentants des personnels de l'établissement, à l'exception des personnels mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article 2 et au sixième alinéa de l'article 4 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Ces représentants sont élus par collèges en fonction des catégories mentionnées à l'article 4 de la même loi, au scrutin de liste avec représentation proportionnelle dans les conditions définies à l'article 9 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Par dérogation, en cas d'insuffisance des effectifs, ces représentants peuvent être désignés après une consultation du personnel dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Attributions :

Article R. 6144-40 CSP : Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 et sur le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;

2° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;

3° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;

4° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;

5° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;

6° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

7° Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1, ainsi que de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

Composition :

Article R. 6144-42 CSP : I. - Le comité technique d'établissement comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, président, les représentants du personnel suivants :

- 1° Dans les établissements de moins de cinquante agents : trois membres titulaires et trois membres suppléants ;
- 2° Dans les établissements de cinquante à quatre-vingt-dix-neuf agents : six membres titulaires et six membres suppléants ;
- 3° Dans les établissements de cent agents au moins et cinq cents agents au plus : dix membres titulaires et dix membres suppléants ;
- 4° Dans les établissements comptant cinq cent un agents au moins et deux mille agents au plus : seize membres titulaires et seize membres suppléants ;
- 5° Dans les établissements de plus de deux mille agents : vingt membres titulaires et vingt membres suppléants.

Pour l'application de ces dispositions, l'effectif à prendre en considération est celui de l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires et des agents contractuels mentionnés au premier alinéa de l'article 1er du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, ainsi que les contractuels de droit public n'occupant pas un emploi permanent et les contractuels de droit privé, à l'exception des personnels mentionnés au dernier alinéa de l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires.

Cet effectif est apprécié au 31 décembre de l'année qui précède celle au cours de laquelle le comité est constitué ou renouvelé.

II. - Le nombre des représentants à élire pour chaque collège est proportionnel à l'effectif des agents qui en relèvent.

Les sièges sont attribués selon la règle suivante :

1° Il est attribué à chaque collège le nombre de sièges correspondant à la partie entière de la proportion ;

2° Les sièges restant à attribuer le sont par ordre décroissant de la décimale jusqu'à atteindre le nombre total prévu aux 1°, 2°, 3°, 4° et 5° du I du présent article.

Toutefois, cette règle ne doit pas conduire à ce que :

a) Sous réserve de l'application des dispositions de l'article R. 6144-45 du présent code, une catégorie n'ait aucun siège ;

b) Le nombre de sièges des représentants de la catégorie A soit inférieur à deux dans les établissements comptant cinq cent un agents au moins et deux mille agents au plus, et à trois dans les établissements de plus de deux mille agents.

Commissions administratives paritaires locales :

Article 17 de la loi n° 83-33 du 9 janvier 1986 : Dans chaque établissement, il est institué par l'assemblée délibérante une ou plusieurs commissions administratives paritaires locales ayant compétence à l'égard des fonctionnaires soumis au présent titre.

Dans le cas d'établissements non dotés de la personnalité morale et dépendant d'une même collectivité publique ou d'un même établissement public, l'assemblée délibérante de cette collectivité ou de cet établissement public peut instituer une ou plusieurs commissions administratives paritaires locales ayant compétence à l'égard des fonctionnaires de l'ensemble ou d'un ensemble de ces établissements ».

Article 2 décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003 : Les corps de fonctionnaires de catégories A, B et C relèvent de neuf commissions administratives paritaires distinctes :

- trois commissions pour les corps de catégorie A ;
- trois commissions pour les corps de catégorie B ;
- trois commissions pour les corps de catégorie C.

Chacune de ces commissions est constituée d'un groupe unique, ce dernier étant lui-même constitué de sous-groupes rassemblant les corps, grades et emplois hiérarchiquement équivalents, conformément au tableau annexé ci-après.

Les personnels occupant les emplois mentionnés à l'article 8 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée sont rattachés à l'un des sous-groupes d'un groupe par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du comité technique d'établissement.

Article 5 décret n°2003-655 du 18 juillet 2003 : Pour chaque commission administrative paritaire, le nombre des représentants du personnel est déterminé en fonction de l'effectif des agents qui en relèvent :

Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 4 à 20 agents : un titulaire, un suppléant.

Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 21 à 200 agents : deux titulaires, deux suppléants.

Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 201 à 500 agents : trois titulaires, trois suppléants.

Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 501 à 1 000 agents : quatre titulaires, quatre suppléants.

Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 1 001 à 2 000 agents : cinq titulaires, cinq suppléants.

Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 2 000 agents et plus : six titulaires, six suppléants.

Si le nombre des agents relevant d'une commission administrative paritaire est inférieur à quatre agents, il n'est pas élu de représentant pour cette commission.

L'effectif des personnels pris en considération pour déterminer le nombre des représentants est apprécié au 31 décembre de l'année qui précède celle au cours de laquelle a lieu le scrutin, sauf dans le cas d'une élection partielle liée à la création d'une commission administrative paritaire entre deux renouvellements généraux, pour laquelle l'effectif pris en considération est apprécié à la date d'affichage des listes électorales.

Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques :

Article L6146-9 CSP : [...] //

Une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et composée des différentes catégories de personnels de soins, est consultée sur des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Article R. 6146-10 CSP : I.-La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par l'article L. 6146-9 du code de la santé publique est consultée pour avis sur :

1° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;

2° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;

3° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;

4° Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;

5° La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

6° La politique de développement professionnel continu.

II.-Elle est informée sur :

1° Le règlement intérieur de l'établissement ;

2° La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 ;

3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Article R. 6146-11 CSP : I. - La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les représentants élus constituent trois collèges :

1° Collège des cadres de santé ;

2° Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

3° Collège des aides-soignants.

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

II. - Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

a) Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

b) Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement ;

c) Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale ou des directeurs des instituts de formation s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;

d) Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation ou de l'école ou des directeurs des instituts de formation ou des écoles s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;

e) Un représentant de la commission médicale d'établissement.

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

Personnel hospitalier et médical (instance commune) :

Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Missions :

Article L. 4612-1 Code du travail (CT) : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission :

1° De contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure ;

2° De contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ;

3° De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Article L. 4612-2 CT : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes.

Article L. 4612-3 CT : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral et du harcèlement sexuel. Le refus de l'employeur est motivé.

Article L. 4612-4 CT : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède, à intervalles réguliers, à des inspections.

La fréquence de ces inspections est au moins égale à celle des réunions ordinaires du comité.

Article L. 4612-5 CT : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Article L. 4612-6 CT : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut demander à entendre le chef d'un établissement voisin dont l'activité expose les travailleurs de son ressort à des nuisances particulières. Il est informé des suites réservées à ses observations.

Article L. 4612-7 CT : Lors des visites de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, les représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail sont informés de sa présence par l'employeur et peuvent présenter leurs observations.

Consultations obligatoires :

Article L. 4612-8 CT : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail.

Article L. 4612-8-1 CT : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel à titre consultatif et occasionnel au concours de toute personne de l'établissement qui lui paraîtrait qualifiée.

Article L. 4612-9 CT : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté sur le projet d'introduction et lors de l'introduction de nouvelles technologies mentionnés à l'article L. 2323-13 sur les conséquences de ce projet ou de cette introduction sur la santé et la sécurité des travailleurs.

Dans les entreprises dépourvues de comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, les délégués du personnel ou, à défaut, les salariés sont consultés.

Article L. 4612-10 CT : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté sur le plan d'adaptation établi lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides prévues à l'article L. 2323-14.

Article L. 4612-11 CT : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

Article L. 4612-12 CT : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur.

Article L. 4612-13 CT : Indépendamment des consultations obligatoires prévues par la présente section, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail se prononce sur toute question de sa compétence dont il est saisi par l'employeur, le comité d'entreprise et les délégués du personnel.

Article L. 4612-14 CT : Lorsqu'il tient de la loi un droit d'accès aux registres mentionnés à l'article L. 8113-6, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté préalablement à la mise en place d'un support de substitution dans les conditions prévues à ce même article.

Article L. 4612-15 CT : Dans les établissements comportant une ou plusieurs installations soumises à autorisation au titre de l'article L. 512-1 du code de l'environnement ou soumise aux dispositions des articles 3-1 et 104 à 104-8 du code minier, les documents établis à l'intention des autorités publiques chargées de la protection de l'environnement sont portés à la connaissance du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail par l'employeur, dans des conditions déterminées par voie réglementaire.

Composition :

Dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 le CHSCT est composé conformément à l'article R. 4615-9 du code du travail.

Article R. 4615-9 CT : La délégation du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants.

Elle comprend :

1° Des représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes à raison de :

- a) Trois représentants dans les établissements et syndicats inter hospitaliers de 199 agents et moins
- b) Quatre représentants dans les établissements et syndicats inter hospitaliers de 200 à 499 agents ;
- c) Six représentants dans les établissements et syndicats inter hospitaliers de 500 à 1499 agents ;
- d) Neuf représentants dans les établissements et syndicats inter hospitaliers de 1500 agents et plus;

2° Des représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes à raison de :

- a) Un représentant dans les établissements et syndicats inter hospitaliers de 2500 agents et moins ;
- b) Deux représentants dans les établissements et syndicats inter hospitaliers de plus de 2500 agents.