

Éditorial

Bilan de l'actualité statutaire 2018

L'actualité statutaire 2018 a été particulièrement sollicitée par la publication de nombreux textes que l'on peut synthétiser en trois niveaux : normatifs, instruction, réglementation et législation.

Au plan de la circulaire, on peut retenir celle du 15 mai 2018 relative au temps partiel thérapeutique, celle du 6 juin 2018 concernant la mise en œuvre du prélèvement à la source, celle du 16 février 2018 relative au compte personnel formation, celle du 2 octobre 2018 relative aux gestes de premier secours, celle du 9 mars 2018 relative à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes dans la fonction publique, et celle relative aux élections professionnelles. Les enjeux ne sont pas les mêmes. Alors que le premier texte présente la procédure d'octroi et de renouvellement du temps partiel thérapeutique, telle qu'elle résulte de l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017, l'instruction sur le prélèvement à la source va modifier fondamentalement l'activité des directions de ressources humaines. Chaque établissement doit se préparer afin de fiabiliser les informations relatives aux agents et établir des tests préalables en relations avec la DGFIP et son gestionnaire de paye. Il s'agit sans doute de la réforme la plus importante de l'imposition sur le revenu dont la réussite repose en partie sur les employeurs. Les deux derniers textes mettent en évidence des problématiques communes telle que la question de l'égalité entre les sexes qu'il s'agisse de la mesure de la proportion d'hommes et de femmes dans les candidatures électorales ou de la lutte contre les violences sexuelles. C'est le signe de l'importance croissante donnée à la question de la diversité et de l'égalité, sujets en écho avec les évolutions sociétales. Les circulaires relatives à la formation des personnels consacrent l'attention permanente à ces sujets compte tenu des évolutions des métiers.

Au plan réglementaire, on peut également noter la question des évolutions des conditions d'exercice professionnel : celui d'infirmer avec le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 qui crée le métier d'infirmer en pratique avancée ; celui de directeur avec plusieurs textes (décret n° 2018-255 du 9 avril 2018 relatif à l'indemnisation de l'intérim et de la direction commune ; décret n° 2018-584 prenant des mesures d'accompagnement dans le cadre des GHT). Enfin, le décret n° 2018-506 du 21 juin 2018 revalorise le corps des attachés avec notamment la création d'une hors classe et le décret n° 2018-731 du 21 août 2018 reclasse en catégorie A certains corps de la filière socio-éducative. L'ensemble de ces textes vise à tirer les conséquences des nouveaux contextes d'exercice, notamment dans le cadre des GHT.

Au plan législatif, on peut souligner la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. Cette loi apporte plusieurs modifications (ex : disponibilité désormais prise en compte dans la carrière, développé dans ce numéro), elle ratifie plusieurs dispositions prévues par ordonnance (accidents et maladies imputables au service, au temps partiel thérapeutique, et au reclassement pour raison de santé) et prévoit en outre plusieurs mesures en matière de handicap. Par ailleurs, le projet de loi sur la fonction publique devrait largement étendre le recours au contrat sur les emplois permanents, créer un « bonus annuel » de rémunération pour tous les agents, et enfin prévoir une série de mesures pour la mobilité et les transitions professionnelles. Ce texte qui apporte des changements substantiels a déjà été largement commenté. Il devrait aboutir au premier semestre 2019.

Fabrice DION

Directeur d'hôpital, Docteur en droit

Sommaire

Gestion des carrières

Positions statutaires : les caractéristiques de la disponibilité modifiées p2

Gestion sociale

Burnout médical : les conseils de l'American Medical Association pour combattre ce fléau des temps modernes p5

Prospective & Management

Etats de santé et santé perçue : Soutenir la résilience pour améliorer la qualité de vie au travail (partie 2) p9

Jurisprudence

Licenciement pour insuffisance professionnelle – cas dans lequel les textes se bornent à prévoir l'avis d'une instance consultative p15

Obligation pour l'employeur de chercher à reclasser un agent atteint de manière définitive d'une inaptitude à exercer son emploi avant de pouvoir prononcer son licenciement p16

Veille réglementaire

..... p18

Veille documentaire / Agenda

..... p19 ; p20

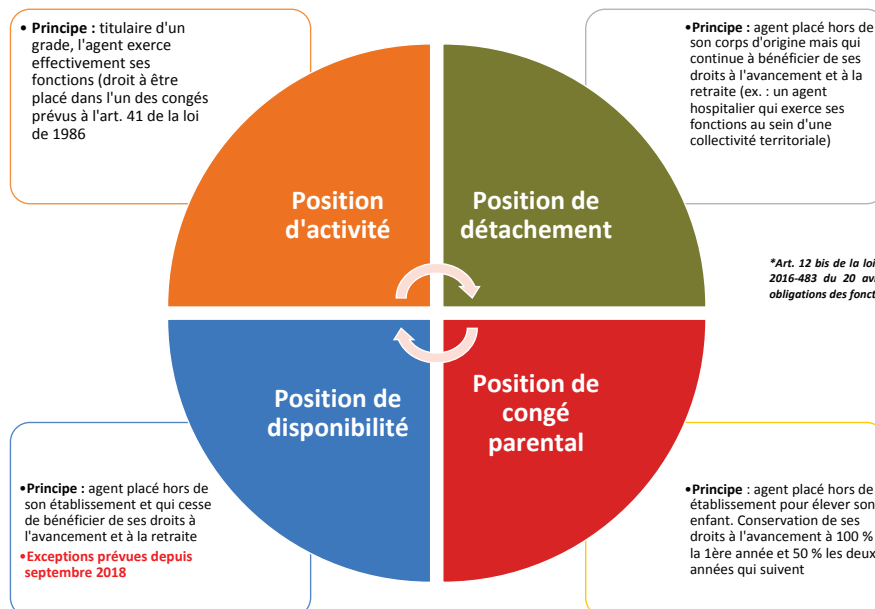
Positions statutaires : les caractéristiques de la disponibilité modifiées

Le 6 septembre 2018, la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel est publiée au Journal Officiel de la République Française. Et, c'est avec surprise que nous lisons que son article 110 apporte des modifications aux caractéristiques d'une des positions statutaires du fonctionnaire hospitalier, la disponibilité.

Manon QUILLÉVÉRÉ
 Experte pour GH3

A noter :

Le fonctionnaire hospitalier doit être positionné dans une de ces quatre positions statutaires :



LES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX CARACTÉRISTIQUES DE LA DISPONIBILITÉ

Textes de référence :

- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, et notamment son article 12 bis
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires applicables à la fonction publique hospitalière, et notamment son article 62
- Décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, et notamment son titre IV

Depuis toujours, la disponibilité « est la position du fonctionnaire qui, placé hors de son établissement, cesse de bénéficier, dans cette position, de ses droits à l'avancement et à

la retraite . » (art. 62, al. 1 de la loi n° 86-33). Autrement dit, en principe, un agent placé en disponibilité voit sa carrière bloquée. Par exemple, un fonctionnaire placé au 6e échelon de son grade au moment d'une demande en disponibilité, sera toujours positionné à ce 6e échelon en cas de réintégration, et ce même si la disponibilité a duré 7 ans.

Toutefois, la loi du 5 septembre 2018 précitée crée trois exceptions à ce principe (art. 62, al. 2, 3 et 3 de la loi n° 86-33) :

- **Dans l'hypothèse où l'agent placé en disponibilité exerce une activité professionnelle, il conserve, pendant une durée maximale de 5 ans, ses droits à l'avancement.** Cette période est d'ailleurs assimilée à des services effectifs dans le corps. Ainsi, l'agent positionné en disponibilité et qui exerce une activité professionnelle au cours de celle-ci continue à avancer, notamment d'échelon au sein de son grade.
- **Lorsqu'un agent est soumis à un engagement de servir pendant une durée minimale, la période de disponibilité au cours de laquelle il a exercé une activité professionnelle n'est pas comprise au nombre des années dues au titre de cet engagement¹.**
- En ce qui concerne l'avancement de grade, l'alinéa 6 de l'article 69 de la loi du 9 janvier 1986 prévoit que, « *Pour les fonctionnaires relevant de la catégorie A, l'avancement de grade peut également être subordonné à l'occupation préalable de certains emplois ou à l'exercice de certaines fonctions correspondant à un niveau particulièrement élevé de responsabilité.* ». A ce titre, le nouvel alinéa 4 de l'article 62 **ajoute que les activités professionnelles exercées pendant une période de disponibilité et comparables à certains emplois et certaines fonctions au regard de leur nature ou du niveau des responsabilités exercées peuvent justement être prises en compte pour l'accès un grade supérieur en application de l'alinéa 6 de l'article 69 (conditions prévues par chaque statut particulier).**

(1) Un engagement de servir est par exemple prévu à l'alinéa 2 de l'article 36 du décret n° 2003-824 du 21 août 2003 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

Notons qu'il est prévu qu'un décret en Conseil d'Etat vienne préciser les conditions d'exercice de l'activité professionnelle.

A noter

Pour continuer d'avancer, les agents placés en disponibilité devront justifier de l'exercice d'activités professionnelles au cours de celle-ci. Notons qu'indépendamment de cette réforme de septembre 2018, les agents en disponibilité sont tenus d'informer leur établissement d'origine de l'exercice d'une activité professionnelle. En effet, conformément à l'alinéa 1 de l'article 2 du décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 relatif à l'exercice d'activités privées par des agents publics et certains agents contractuels de droit privé ayant cessé leurs fonctions, aux cumuls d'activité et à la commission de déontologie dans la fonction publique,

« *L'agent cessant temporairement (...) ses fonctions, placé à ce titre dans une position conforme à son statut, qui se propose d'exercer une activité privée, est tenu d'en informer par écrit l'autorité dont il relève trois mois avant le début de l'exercice son activité privée.* »

L'APPLICATION DES MODIFICATIONS DE SEPTEMBRE 2018

Pour rappel, la disponibilité du fonctionnaire hospitalier peut prendre plusieurs formes. Etudions donc les situations où les modifications précédemment présentées trouveront à s'appliquer :

Nature de la disponibilité	Origine du placement en disponibilité	Durée	Caractéristiques
Disponibilité pour raison de santé	Placement d'office	Durée d'un an maximum, renouvelable 2 fois. Exception : possibilité d'être renouvelée une 3e fois si le comité médical estime que l'agent pourra reprendre ses fonctions au cours de cette 4e année	- Placement dans cette position lorsque l'agent a épuisé ses droits statutaires à malade, qu'il ne peut ni reprendre ses fonctions ni être reclassé immédiatement ni admis à la retraite - L'agent cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite - Versement, sous conditions, d'indemnités journalières
Disponibilité faute d'emploi vacant	Placement d'office	Fin de la disponibilité lorsque l'agent a été réintégré ou lorsqu'il est radié des cadres au motif qu'il a refusé 3 postes	- Lorsque l'agent n'a pu être réintégré suite à un détachement ou à l'issue d'une recherche d'affectation pour les personnels de direction - L'agent cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite - Versement, sous conditions, des allocations de retour à l'emploi
Disponibilité pour études ou recherches présentant un intérêt général	Placement à la demande de l'agent et accordé sous réserve des nécessités du service	3 ans renouvelables une fois	- L'agent cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite
Disponibilité pour convenances personnelles		10 ans sur l'ensemble de la carrière	- Principe : l'agent cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite
Activité pour exercer une activité dans un organisme international		3 ans renouvelables une fois	- Exceptions (nouveautés) : s'il exerce une activité professionnelle, il conserve pendant 5 ans ses droits à l'avancement + durée prise en compte en cas d'engagement de servir + activités professionnelles pouvant être prises en compte pour un avancement de grade s'agissant de certains corps de catégorie A. Nécessité d'attendre le décret d'application pour savoir si l'exercice d'une activité dans un organisme international est considéré comme une activité professionnelle au sens des alinéas 2, 3 et 4 de l'article 62 de la loi de 1986.
Disponibilité pour créer ou reprendre une entreprise		2 ans maximum	- L'agent cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite - Il est nécessaire d'attendre le décret d'application pour savoir si la création ou la reprise d'entreprise entre dans le champ d'application des alinéas 2, 3 et 4 de la loi du 9 janvier 1986
Disponibilité pour élever un enfant âgé de moins de 8 ans ou pour donner des soins à un enfant à charge, au conjoint, au partenaire ou un ascendant, à la suite d'un accident ou d'une maladie grave ou atteints d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne		Placement à la demande de l'agent accordé de droit	Période de 3 ans maximum renouvelable tant que les conditions sont remplies
Disponibilité pour suivre son conjoint, son partenaire ayant déménagé pour des raisons professionnelles	- Principe : l'agent cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite - Exceptions (nouveautés) : s'il exerce une activité professionnelle, il conserve pendant 5 ans ses droits à l'avancement + durée prise en compte en cas d'engagement de servir + activités professionnelles pouvant être prises en compte pour un avancement de grade s'agissant de certains corps de catégorie A		
Disponibilité pour le fonctionnaire titulaire d'un agrément d'adoption	6 semaines par agrément		L'agent cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite
Disponibilité pour exercer un mandat d'élu local	Durée du mandat		- L'agent cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite - Il est nécessaire d'attendre le décret d'application pour savoir si l'exercice d'un mandat d'élu local entre dans le champ d'application des alinéas 2, 3 et 4 de la loi du 9 janvier 1986

En définitive, les modifications de septembre 2018 apportées à la position de disponibilité marquent un réel assouplissement de celle-ci.

Si les changements apportés s'appliquent aux demandes de mise en disponibilité ou de renouvellement intervenant postérieurement au 7 septembre 2018 (date correspondant au lendemain de la publication de la loi du 5 septembre 2018), attendons les précisions qui seront apportées par le décret d'application afin notamment de connaître les activités professionnelles susceptibles de rentrer dans le champ d'application des nouveaux alinéas de l'article 62 de la loi du 9 janvier 1986.

ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Burnout médical : les conseils de l'American Medical Association pour combattre ce fléau des temps modernes

En 2014, 54,4% des médecins américains indiquaient présenter au moins un signe de burnout. L'ampleur de ce phénomène, dont on peut imaginer qu'elle est similaire en France même si aucune enquête ne vient le confirmer, a été un électrochoc pour le système de santé des Etats-Unis. La puissante Association Médicale Américaine (AMA) s'est lancée dans une vaste campagne de prévention de l'épuisement professionnel des docteurs, élaborant des guides pratiques de dépistage du burnout médical ainsi que des tactiques de prévention très concrètes à destination des managers en santé.

L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE AUX ÉTATS-UNIS

Le burnout médical est un sujet de préoccupation majeur de l'American Medical Association (AMA)¹. Dès 2004, Chopra et al.² alertaient sur la vulnérabilité des médecins à l'**épuisement professionnel**, un syndrome défini par les 3 composantes principales : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (perte par un individu, du sentiment de sa propre réalité physique et mentale) et la diminution du sentiment d'accomplissement personnel. Contrairement au trouble dépressif majeur, qui envahit tous les aspects de la vie d'un patient, l'épuisement professionnel est un syndrome distinct lié au travail. L'épuisement professionnel est plus susceptible de se produire dans des emplois qui nécessitent de prendre soins des autres.

En 2011, des experts de la Mayo Clinic et de l'AMA³ ont mené une étude nationale visant à mesurer l'épuisement professionnel et d'autres dimensions du bien-être chez les médecins américains, en utilisant des questions basées sur l'inventaire de Maslach. Le résultat de cette étude, à laquelle 6 880 médecins ont participé était particulièrement préoccupant : environ 45% des médecins américains répondaient aux critères de l'épuisement professionnel. La situation s'était encore dégradée en 2014 avec 54,4% des médecins signalant présenter au moins un signe de burnout, soit 10 points de plus que la population active américaine moyenne.

Dans le Medscape Lifestyle Report de 2017⁴, plus de 14 000 médecins interrogés ont désigné ces quatre préoccupations comme étant les principales causes d'épuisement professionnel :

- Poids des tâches bureaucratiques,
- Nombres d'heures disproportionné passé au travail,
- Sentiment de n'être qu'un pion sans autonomie,
- Informatisation accrue de la pratique.

Les systèmes de dossiers de patient informatisés (DPI) font partie des problèmes systémiques qui concourent au burnout médical. Selon une récente étude réalisée par l'AMA et le système de santé Dartmouth-Hitchcock, près de la moitié de la journée de travail des médecins est consacrée à la saisie de données dans le DPI et à d'autres tâches administratives. L'étude souligne que seulement 27% du temps d'un médecin est consacré aux soins cliniques directs. Une autre conclusion clé de l'étude est que, pour chaque heure passée en tête à tête avec les patients, les médecins consacrent près de deux heures supplémentaires à leur DPI et à leur travail de bureau.

Emilie LEBÉE

(1) Note de l'auteur : il n'existe pas d'étude de cette nature en France.

(2) Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO. Physician Burnout. JAMA. 2004;291(5):633. doi:10.1001/jama.291.5.633

(3) Tait D, Shanafelt, Omar Hasan, Lotte N, Dyrbye, Christine Sinsky, Daniel Satele, Jeff Sloan, Colin P. West, Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. Mayo Clinic proceeding. December 2015 Volume 90, Issue 12, Pages 1600-1613

(4) Carol Peckham, Medscape Lifestyle Report 2017: Race and Ethnicity, Bias and Burnout, January 11, 2017

Le rapport Medscape classe les taux d'épuisement professionnel par spécialité. En 2017, les médecins urgentistes (59%), les gynécologues-obstétriciens (56%), les médecins généralistes, les internistes et les spécialistes des maladies infectieuses (55%) étaient les populations souffrant des plus hauts taux de burnout. Le fait qu'il s'agisse de spécialités qui traitent directement avec des patients aux prises avec une gamme de problèmes complexes est à prendre en compte. Les femmes rapportaient plus de signes d'épuisement professionnel que les hommes (55/45).

DES OUTILS POUR DÉPISTER LE BURNOUT

Au vu de l'ampleur du problème du burnout et des risques générés pour les médecins eux-mêmes, pour la démographie médicale et pour la qualité des soins offerts aux patients, l'AMA a lancé une campagne de prévention volontariste. Le site web Steps Forward offre de nombreux modules de formation et outils dédiés à la prévention du burnout, comme par exemple l'enquête Mini Z⁵, qui peut être administrée rapidement au sein des équipes pour détecter l'apparition de symptômes de burnout.

(5) www.stepsforward.org/resource

(6) Physician burnout – AHRQ report July 2017

Le Dr Mark Linzer⁶, médecin spécialisé dans l'analyse et la prévention de l'épuisement médical auprès de l'Agence nationale de la qualité et de la gestion des risques en santé américaine (AHRQ) identifie sept signes du burnout:

- **Grande tolérance au stress** : selon ses recherches, les médecins qui exercent régulièrement une activité stressante sont au moins 15 fois plus susceptibles de s'épuiser.
- **Chaos sur le lieu d'exercice** : « *Les gens ont tendance à penser que ce sont les patients qui stressent les médecins, mais en réalité, c'est le contraire. Prendre soin des patients garde les médecins motivés. Ce qui les épuise, c'est de soigner des patients dans un environnement très stressant. Changez l'environnement et vous changerez la qualité globale des soins.* »
- **Désaccords avec les valeurs ou le leadership de la hiérarchie** : que ce soit dans un grand hôpital ou dans un cabinet médical, les médecins doivent avoir le sentiment que leurs dirigeants partagent leurs valeurs en matière de médecine et de soins des patients. Sinon, leur motivation peut lentement décroître.
- **Tampon émotionnel** : travailler avec des patients nécessite plus qu'une expertise médicale. « *Les médecins se retrouvent à protéger le patient de l'environnement stressant jusqu'à ce qu'ils ne puissent plus le supporter.* »
- **Interférence constante avec la vie familiale** : le déséquilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle est l'un des prédicteurs d'épuisement les plus courants chez les médecins.
- **Manque de contrôle sur le planning** : les contraintes du planning médical sont lourdes, elles doivent s'accompagner d'une flexibilité pour s'adapter aux changements ou aux besoins des médecins au fil du temps.
- **Négligence personnelle** : prendre soin de soi est central pour le bien être. Le Dr Linzer rappelle qu'une des clés de l'altruisme est de savoir prendre soin de soi.

LES TACTIQUES CONCRÈTES DE L'AMA POUR RÉDUIRE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Une fois le constat posé, l'AMA a colligé différentes sources scientifiques pour proposer des actions très concrètes pour lutter contre le burnout selon quatre axes⁷:

Pour améliorer les sentiments de contrôle et / ou réduire le sentiment de chaos

- Fournir aux médecins des options de planification flexibles, telles que plus d'opportunité de temps partiel, des horaires flexibles en début et en fin de journée pour les cliniciens parents, la possibilité de regrouper les journées travaillées, etc.

(7) Tactics to reduce burnout - AMA Steps Forward

- Planifier systématiquement le personnel de soutien (aides-soignants, assistantes médico-administratives) avec les mêmes médecins pour limiter les ajustements et la perte de temps.
- Externaliser les tâches fastidieuses, comme le codage, vers d'autres services ou d'autres membres du personnel. Il faut laisser les médecins se concentrer sur les tâches qu'ils sont les seuls à pouvoir réaliser.
- Piloter un programme d'échange, dans lequel les médecins sont davantage indemnisés s'ils sont disposés à couvrir des gardes ou astreintes supplémentaires. Cela peut alléger le fardeau des médecins qui éprouvent des difficultés à effectuer des permanences en raison d'obligations personnelles.

Pour améliorer l'esprit d'équipe et le travail d'équipe

- Mettre en œuvre des changements dans l'organisation clinique, comme par exemple la mise en place de plannings prévisionnels d'équipes soignantes réguliers et prévisibles.
- Collaborer avec les départements de la santé au travail ou du développement organisationnel pour organiser des sessions de formation sur le renforcement de la confiance et du respect au sein de l'équipe.
- Reconnaître les réalisations des médecins lors des réunions d'équipe ou par le biais de la reconnaissance individuelle (intéressement par exemple).

Pour améliorer la communication

- Fournir aux médecins un mécanisme leur permettant de faire remonter des commentaires en continu. Cela peut passer par exemple par un temps réservé lors des réunions d'équipe pour partager les préoccupations. Le chef de service peut prévoir d'être présent dans son bureau et à la disposition de l'équipe à des heures connues de tous. L'ouverture (et l'exploitation) d'une boîte à idées est également possible.
- Commencer les réunions en partageant des études de cas de patients. Se concentrer sur le soin redonne du sens au quotidien.
- Distribuer les ordres du jour avant les réunions et rédigez les procès-verbaux peu après pour récapituler les discussions. Il importe de demander aux médecins de donner leur avis sur le procès-verbal.
- Collaborer avec le fournisseur de dossier de patient informatisé électronique (DPI) et le service informatique pour fournir de meilleurs logiciels, cohérents, faciles à lire et cliniquement significatifs.
- Offrir aux médecins une formation supplémentaire sur les DPI afin d'améliorer leurs compétences et de s'assurer qu'ils possèdent les compétences nécessaires pour utiliser le système efficacement.

Pour les départements ou services en difficulté

- Administrer un instrument d'évaluation des conditions de travail plus long lors de réunions de service ou de départements et discuter des résultats avec le groupe.
- Rechercher des informations sur des problèmes spécifiques en planifiant des réunions individuelles avec les médecins chaque fois que possible.

Le Docteur Shanafelt⁸, médecin en charge du bien-être au travail au CHU de Stanford alerte : « nous devons cesser de blâmer les individus, et traiter l'épuisement professionnel des médecins comme un problème systémique. Si cela affecte la moitié de nos médecins, cela affecte indirectement la moitié de nos patients ». Proposer aux médecins de faire du yoga ou de manger bio sont des messages bien intentionnés mais qui renvoient la faute sur les individus.

(8) Physician burnout : stop blaming the individual, Tait Shanafelt, NEJM Leadership talks

Quand les médecins et les dirigeants travaillent de manière constructive pour identifier, développer et mettre en œuvre des solutions aux problèmes du milieu de travail, ils démontrent aux médecins que des améliorations sont possibles. Shanafelt insiste : « *Une approche participative transforme les médecins des victimes d'un système défaillant en partenaires qui travaillent avec les dirigeants pour créer leur propre avenir* ».

Burnout médical aux Etats-Unis : quels enseignements pour le système de santé français ?

- Se confronter au problème de l'épuisement professionnel médical en le mesurant permet de mettre en place des stratégies effectives pour le combattre, tant au niveau national qu'au niveau local.
- Soutenir les médecins (et autres soignants) : les professions médicales, en particulier certaines spécialités particulièrement stressantes, sont intrinsèquement plus exposées au burnout, sans que cela soit en lien avec les qualités propres des individus.
- Améliorer les organisations pour offrir un environnement de travail serein en impliquant les acteurs de première ligne dans la résolution concrète de leurs problématiques (et en leur en donnant les moyens).
- Prendre soin des professionnels en favorisant la communication sur les problèmes rencontrés au sein des équipes et en valorisant les réalisations individuelles et collectives dans un souci de reconnaissance du travail accompli et des difficultés de l'exercice médical.

Sources :

- Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO. Physician Burnout. JAMA. 2004;291(5):633. doi:10.1001/jama.291.5.633
- Tait D. Shanafelt, Omar Hasan, Lotte N. Dyrbye, Christine Sinsky, Daniel Satele, Jeff Sloan, Colin P. West, Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. Mayo Clinic proceeding. December 2015 Volume 90, Issue 12, Pages 1600–1613
- Carol Peckham, Medscape Lifestyle Report 2017: Race and Ethnicity, Bias and Burnout, January 11, 2017 www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2017/overview#page=1
- Physician burnout – AHRQ report AHRQ Pub. No. 17 M018-1-EF July 2017 www.ahrq.gov
- AMA wire :
 - Resource library : www.stepsforward.org/resource
 - How to beat burnout: 7 signs physicians should know – AMA Wire. March 04 2015
 - Tactics to reduce burnout – AMA Steps Forward
- wire.ama-assn.org
- Physician burnout : stop blaming the individual, Tait Shanafelt, NEJM Leadership talk catalyst.nejm.org

SANTÉ AU TRAVAIL

Etats de santé et santé perçue: Soutenir la résilience pour améliorer la qualité de vie au travail (partie 2)

Si la pénibilité et les problèmes de santé d'origine professionnelle se sont accrus dans tous les secteurs d'activité, le secteur de la santé est devenu celui où les risques d'accident du travail sont les plus élevés. Nous avons présenté lors du précédent numéro la relation entre pénibilité des conditions de travail et stratégie de retrait de certaines catégories d'emploi. Nous savons que des conditions de travail pénibles et préjudiciables à la santé sont de nature à réduire la productivité des agents et à accroître leur absentéisme. Ainsi, des actions préventives et réactives peuvent être proposées pour favoriser le « pouvoir » rester au travail en dépit d'une avancée en âge dans des emplois touchés particulièrement par la pénibilité du travail.

Reste à présent à comprendre au-delà des déterminants impactant la santé physique quels sont les facteurs qui jouent aussi sur le « vouloir » rester au travail. Grâce à la notion de résilience, nous allons réaliser une lecture des ressources pour faire face à des situations de travail jugées dégradées ou pénibles... Celle-ci nous permet de rechercher les conditions d'un environnement de travail salutogénique en valorisant les ressources des individus et de l'organisation du travail. Si les effets du stress et de la souffrance au travail sont bien documentés sous forme de symptômes physiologiques, psychologiques ou comportementaux (démobilisation, assèchement émotionnel ...) ont connaît moins les stratégies permettant aux agents de faire face à ces situations.

Rivière et al (2013) désigne les stratégies d'ajustement comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. Certains travaux mettent l'accent sur les ressources dont dispose l'individu pour faire face aux exigences des situations de travail. Selon cette perspective, ce dernier va rechercher des solutions pour faire face à ces situations en mobilisant ses ressources. Les ressources investies vont ainsi permettre de résister au stress et de mettre en place des stratégies d'ajustement au stress. Ainsi, des stratégies d'ajustement existent mais elles peuvent être « fonctionnelles » et vertueuses mais elles peuvent aussi être « non-fonctionnelles » et avoir des conséquences négatives tant sur le plan organisationnel (performance, absentéisme, démission...) qu'individuel (renforcement du stress, burnout, réduction de l'implication et de la satisfaction au travail...).

La résilience reste peu étudiée dans le domaine du travail. Dans les travaux de Boudrias et al (2011), il a été montré que les enseignants ayant un niveau élevé de résilience ont tendance à percevoir les demandes liées au travail comme moins pénibles et à éprouver un niveau de détresse moindre et un niveau de bien-être plus élevé. Sous certaines conditions la résilience a un effet préventif sur la santé psychologique au travail et permet de faire face au stress professionnel. Elle permet de faire face aux obstacles du travail car elle est la capacité de l'individu à s'adapter aux exigences. Morin et Gagné (2009) montrent que le développement d'une résilience permet le maintien d'un sens au travail, d'une intégrité personnelle lors de situations de crises et d'une capacité à gérer la situation dans laquelle l'individu se retrouve. Reste que lorsqu'un individu fait l'expérience renouvelé de tensions au travail, il peut considérer que son seul choix est de quitter provisoirement ou de façon définitive son emploi. Ce qui a de graves conséquences pour l'organisation. Ainsi cette capacité à faire face aux contraintes est fondamentale car elle peut limiter le recours à des arrêts ou un départ volontaire de l'organisation du personnel.

Christelle ROUTELOUS

EA MOS – Institut du Management, EHESP

Frédérique QUIDU

ARENE, EHESP

(1) Nombre d'arrêts maladie (hors maternité) au cours des 12 derniers mois, nombre d'arrêt de travail d'un an ou plus depuis la fin des études, reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie, nombre d'accidents sur les 12 derniers mois qui ont obligé les agents à se faire soigner et aller travailler en pensant devoir rester à la maison parce que malade, sur les douze derniers mois.

Notre analyse s'appuie sur les données de l'enquête Conditions d'Emplois 2013 de la DARES. Nous avons sélectionné au sein des salariés des hôpitaux publics et du secteur public social et médico-social quatre catégories d'agents totalisant 1930 personnes.

Notre étude étant exploratoire, nous avons, dans un précédent article, décrit l'état de santé des agents de notre échantillon par métier et par classes d'âge au moyen de tableaux croisés effectués sur un ensemble de variables. Nous présentons à présent la taxonomie mise en œuvre sur les agents « malades chroniques », soit 544 personnes déclarées malade chronique sur notre échantillon initial de 1930 personnes. Nous avons recherché des profils d'agents au regard d'un ensemble de variables objectives relatives à l'état de santé¹ illustrés par des éléments d'appréciation individuelle (santé perçue, influence santé sur travail) et d'autres relatives à l'environnement de travail.

Nous avons classés les 544 personnes déclarées malade chronique depuis une appréciation positive vers une appréciation plus négative de leur état de santé et des événements liés. Cela nous permet de rendre compte dans le même temps de la perception qu'ils ont de leur environnement de travail et comment les arrêts maladie et accidents du travail influence leurs représentations.

LE GROUPE DES JEUNES MÉDECINS EN BONNE SANTÉ

Il ne représente que 5% de l'échantillon des malades chroniques. L'état de santé est perçu comme bon ou très bon à 71% et assez bon pour 29%. Aucun ne juge l'état de santé mauvais. En dépit d'une maladie chronique, il n'est pas fait état d'arrêt maladie long, ni d'arrêt maladie plus courts, ni de reconnaissance d'handicap, ni d'accident. Ce profil est d'ailleurs le seul à considérer que le travail influence positivement la santé. Le corpus est ici constitué à 88% de médecins (37% des médecins malades chroniques), jeunes (92% ont moins de 30 ans). Avec 26 ans d'âge moyen, ce groupe est le plus jeune des profils.

Ils sont fiers du travail bien fait et de travailler dans leur organisation. Ils ont le sentiment de faire un travail utile et n'ont que peu d'occasion de faire des choses qu'ils désapprouvent. Ils portent un regard plutôt positif sur les conditions de travail : ils disent avoir le temps pour travailler, des collaborateurs en nombre suffisant et peuvent développer leurs compétences mais ils évoquent le fait de ne pas pouvoir organiser leur travail comme ils le souhaitent. De même leur appréciation de la relation à leur supérieur est mitigée. S'ils jugent positivement l'aide reçue par ce dernier, ils sont plus critiques sur l'attention portée à leur parole, évoquent des désaccords et des tensions et jugent leur supérieur non équitable. Ils évoquent aussi des tensions et des désaccords avec leurs collègues et le fait de ne pas pouvoir aborder collectivement le travail. Enfin, ils sont les seuls à juger positivement les changements et à considérer qu'ils ne sont jamais dépassés par ces derniers. Ils estiment avoir reçu une information suffisante sur les changements et sont mitigés sur la question de la consultation et sur leur influence sur les choix opérés.

Certains points sont problématiques en matière de résilience car les jeunes médecins sont ainsi dépourvus des leviers de résilience habituels que sont les liens de collaboration, les temps d'échanges sur le travail, l'esprit d'équipe et l'autonomie. Heureusement ils ont une appréciation plutôt positive de leurs conditions de travail et des changements et ils donnent du sens à leur travail.

LE GROUPE DES MALADES EN BONNE SANTÉ MAIS INQUIET SUR LA SOUTENABILITÉ DU TRAVAIL

Il représente 58% de l'échantillon des personnes qui se déclarent malades chroniques. Ce profil est constitué de 5% de cadres (soit 77% de leur effectif) de 10% de médecins (soit 50% de leur effectif) et de 42% d'infirmières (soit 68% de leur effectif) et sages-femmes et de 42% d'aides-soignantes (soit 51% de leur effectif). L'âge moyen de ce profil est de 46 ans. Dans ce groupe, 56% se déclarent en très bonne ou bonne santé, 36% se disent en assez bonne santé et seulement 8% en mauvaise ou très mauvaise santé.

Ces agents, au-delà de leur maladie chronique disent n'avoir jamais dû s'arrêter pendant un an de travailler pour problème de santé depuis la fin de leurs études. Ils n'ont pas de reconnaissance de handicap, pas plus que d'arrêt maladie pendant l'année écoulée, que d'accidents du travail et n'ont pas eu la nécessité d'aller travailler en pensant qu'ils auraient dû rester chez eux parce que malade.

On constate, et c'est alarmant, que s'ils souhaitent rester dans leur travail, **ils ne pensent pas tenir jusqu'à la retraite**. Ainsi, les conditions de travail donnent lieu à un jugement mitigé, même si les agents considèrent que le temps de travail est suffisant et qu'ils peuvent l'organiser comme ils pensent être le mieux. Toutefois, ils disent manquer de collaborateur et se plaignent d'une quantité de travail excessive bien qu'ils n'aient pas le sentiment d'être exploités. Ils estiment avoir la possibilité de développer leurs compétences et bénéficier de la formation continue mais pensent quand même manquer de compétences. Malgré le fait qu'ils connaissent des tensions avec le public accueilli ; le travail fait sens pour eux, ils ont le sentiment de faire un travail utile, ils sont fiers du travail bien fait et de travailler dans leur établissement mais se disent parfois amener à faire des choses qu'ils désapprouvent. Leurs relations avec le supérieur hiérarchique sont jugées plutôt positivement car ils ont le sentiment que ce dernier prête attention à leur propos et les aide à mener à bien des tâches. Mais s'ils disent ne pas connaître de tensions avec le supérieur ; ils rencontrent parfois des désaccords sur le travail bien fait et ils sont plus mitigés sur son équité de traitement. Les relations avec les collègues sont plutôt positives aussi. L'aide des collègues existe et il y a la possibilité de coopérer et d'aborder collectivement le travail. Les collègues sont jugés amicaux et les agents ont le sentiment de faire partie d'une équipe. Mais il y a parfois des désaccords. Ils ont connu en moyenne un seul changement organisationnel dans l'année et pensent que les effets positifs et négatifs des changements se compensent ou sont négatifs. Ils ont reçu une information suffisante et adaptée sur le sujet sans pour autant avoir été consultés. Mais ils peuvent avoir parfois le sentiment d'être dépassés par les changements.

Cette catégorie de personnel, qui est la plus importante l'échantillon, rappelle que l'équilibre perçu entre les ressources et les contraintes est précaire et que les facteurs de résilience doivent être soutenus pour favoriser une appréciation positive de sa qualité de vie au travail. Ainsi sans problèmes de santé majeur et avec des indicateurs plutôt positifs sur les liens de collaboration en particulier, les agents font le constat qu'il va leur être difficile de tenir jusqu'à la retraite.

LE GROUPE DES MALADES « ALTÉRÉS »

Il totalise 14% de l'échantillon des personnes qui se déclarent malades chroniques. Le groupe est constitué d'une majorité d'aides-soignantes, ainsi qu'un tiers d'infirmières et est composé de 15% de médecins. Ce groupe ne comprend pas de cadres. Toutes les classes d'âges sont représentées et l'âge moyen se situe autour de 39 ans.

Paradoxalement, à déterminants de santé similaires, si plus de 40% se déclarent en très bonne ou bonne santé, près de 30% se disent en assez bonne santé et plus de 20% se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé. Ces agents disent n'avoir jamais dû s'arrêter pendant un an de travailler pour problème de santé depuis la fin de leurs études. Ils n'ont pas de reconnaissance de handicap, mais ils ont connu au moins deux arrêts maladie pendant l'année écoulée, ils ont eu au moins 1 accident du travail. Et ils sont allés travailler en pensant qu'ils auraient dû rester chez eux parce que malade.

On constate qu'ici aussi les agents ne pensent pas tenir jusqu'à la retraite et qu'en plus ils sont mitigés sur l'intention de rester. Le groupe affirme que la charge de travail est excessive, qu'ils manquent de temps et de collaborateurs. Ils ont parfois le sentiment d'être exploités et rencontrent des tensions avec le public accueilli. Mais ils reconnaissent pouvoir organiser leur travail d'une manière qui leur convient bien et pouvoir développer leurs compétences. Ils ont le sentiment de faire un travail utile et sont fiers de travailler dans leur organisation mais pensent parfois que leur travail n'est pas bien fait et qu'ils doivent faire des choses qu'ils désapprouvent. Partagés dans leur

jugement vis-à-vis de leur supérieur : ils estiment que ce dernier les aide au besoin à mener leur tâche à bien mais sont parfois en désaccord avec lui sur le travail bien fait et sur l'équité de traitement. La relation avec les collègues est jugée plus positivement même si des tensions et des désaccords peuvent exister occasionnellement. Le sentiment de faire partie d'une équipe est nourri par une vision plutôt positive de l'aide reçue, du côté amical de la relation et de la possibilité d'aborder collectivement le travail. Ils ont connu des changements pendant l'année, en particulier dans l'organisation du travail. Ils jugent les changements négatifs ou au mieux pensent que les effets positifs et négatifs se compensent. Ils ont parfois le sentiment d'être dépassés par ces changements dont ils ne pensent pas avoir reçu une information adaptée et suffisante, ni avoir été consulté ni avoir pu influencer les décisions prises à ce sujet.

On constate que pour ce groupe les conditions de travail sont jugées plus dégradées, qu'ils cumulent accidents et arrêts maladies et qu'ils ne pensent ni tenir, ni rester dans le métier. Les leviers de la résilience sont partiellement opérants puisque s'ils reconnaissent avoir une certaine autonomie dans leur travail et bénéficier de l'aide de leurs collègues, mais leur jugement sur le sens de leur travail (et en particulier la qualité du travail) est mitigé tout comme celui sur le soutien hiérarchique.

LE GROUPE DES « RECONNUS HANDICAPÉS »

Il représente 17% de l'échantillon des agents malades chroniques. Le groupe est constitué d'une majorité d'aides-soignantes et d'infirmières et 2% de médecins. L'âge moyen est le plus élevé des groupes et se situe entre 47 et 45 ans. Ils ont pour particularité d'avoir d'abord une appréciation plus mitigée de leur état de santé puisqu'ils sont près d'un tiers à considérer avoir une mauvaise ou très mauvaise santé. Ils ont connu au moins un arrêt maladie d'au moins un an depuis la fin de leurs études et surtout ils sont les seuls à avoir une reconnaissance de handicap. De plus, ils ont connu au moins un arrêt maladie dans l'année mais pas d'accident du travail. Ils sont allés travailler en étant malade et pensent que le travail influence négativement leur santé. Mais malgré cela, eux ont l'intention de rester et de tenir jusqu'à la retraite.

La charge de travail est jugée excessive et la formation continue inadaptée. Ils disent pouvoir organiser leur travail plutôt comme il le souhaite. Ils sont plutôt fiers de leur travail, qu'ils jugent bien fait, ils pensent faire quelque chose d'utile et sont plutôt fiers de travailler dans leur organisation. Ils pensent tout de même faire parfois des choses qu'ils désapprouvent et peuvent être souvent en désaccord avec leur hiérarchie sur le travail bien fait. Ils jugent toutefois la relation avec leur hiérarchie plutôt positive au regard de l'aide reçue, de l'attention portée à ce qu'ils disent et de l'équité de traitement. La relation avec les collègues est jugée plutôt positivement : l'aide est présente de même que le sentiment de faire partie d'une équipe et la possibilité d'aborder collectivement le travail, même si des désaccords ou des tensions sont parfois présents. Ils ont connu des changements organisationnels et jugent que les effets sont plutôt négatifs ou qu'au mieux ils se compensent. Ils ont parfois le sentiment d'être dépassés par ces changements dont ils ne pensent pas en avoir reçu une information adaptée et suffisante ni avoir été consultés et avoir pu influencer les décisions prises à ce sujet.

On constate que pour ce groupe, plus âgé que les autres, a une reconnaissance administrative de handicap. Cette situation a permis sans doute de repositionner les agents dans un contexte de travail plus favorable. Reste que s'ils ne semblent pas satisfaits en matière de contenu, cela semble avoir apaisé toutefois les relations de tensions avec la hiérarchie et avec les collègues.

LE GROUPE EN ATTENTE DE RECLASSEMENT

Ce groupe est constitué d'agents ayant connu au moins un arrêt de travail d'une durée d'un an depuis le début de leur étude et qui ont aussi pour particularité d'être en cours de demande de reconnaissance d'un handicap. Ils jugent négativement l'influence du travail sur la santé et s'ils souhaitent rester dans le métier, quand ils ont connu plusieurs arrêts maladie et plusieurs accidents dans l'année ils envisagent le fait de ne pas tenir jusqu'à

la retraite. Dans ce profil on retrouve une part importante de cadres (30% du profil) mais il est constitué en majorité d'aides-soignantes et d'infirmières. La moyenne d'âge se situe autour de 39 ans.

Tout ce qui relève des conditions de travail est jugé négativement hormis la possibilité de développer ses compétences et de bénéficier de la formation continue. Leur appréciation de la relation hiérarchique est beaucoup plus négative : si l'aide est reconnue, les agents considèrent que le supérieur ne prête pas attention à leurs propos, qu'il y a souvent désaccord, qu'il y a des tensions et qu'il n'y a pas de traitement équitable.

De même, la relation avec les collègues est empreinte de désaccords fréquents et de tensions malgré le sentiment de faire partie d'une équipe et de recevoir de l'aide. Les agents évoquent aussi des tensions avec les personnes encadrées. Ils ont le sentiment fréquent d'être exploité. Ils ont connu au moins deux changements dont des changements dans l'équipe de direction. Ils sont mitigés sur le bénéfice des changements, ont le sentiment d'être parfois dépassés et de ne pas avoir été consultés ni d'avoir pu influencer les décisions.

Les agents sont ici dans un processus de demande de reconnaissance du handicap. Ils ne se sentent plus à même de réaliser leurs tâches dans les conditions actuelles mais ils ne bénéficient pas encore d'aménagements suffisants : cette situation liminaire est vécue comme inconfortable et peut générer des stratégies de retrait ou du défaitisme. On constate dans ce groupe que les facteurs de résilience sont quasi absents : le jugement sur le sens du travail est mitigé tout comme l'avis sur la relation aux collègues et la relation à la hiérarchie dégradée, les conditions de travail et les changements sont évaluées très négativement.

Conclusion

Notre analyse révèle quatre phénomènes notables.

En premier lieu, le sens du travail et les variables qui y sont associées (utilité, travail bien fait...) sont les éléments qui résistent le mieux à la dégradation de l'état de santé. La dimension vocationnelle du travail à l'hôpital peut être une piste de compréhension de ce phénomène.

En second lieu, si la charge de travail est jugée excessive et le nombre de collaborateurs insuffisants et dégradent la perception des conditions de travail ; la possibilité d'organiser son travail reste un facteur favorable et valorisé par les agents.

En troisième lieu, c'est davantage dans la qualité du soutien, de l'équité du supérieur hiérarchique et des relations aux collègues que vont se manifester les effets de la résilience. Ainsi, à mesure que progressent les difficultés de santé, le jugement sur la hiérarchie se dégrade plus rapidement en proportion que celui sur les collègues.

En quatrième lieu, la capacité à aborder sereinement les changements s'émousse avec une dégradation de l'état de santé. En effet, l'ensemble des groupes porte un avis plutôt négatif sur les changements avec une opinion qui oscille entre effets des changements qui se compensent à effets négatifs des changements sur le travail.

Ainsi, dans un contexte où les conditions de travail sont jugées dégradées, les agents semblent mobiliser des stratégies leur permettant de ne pas subir passivement ces contraintes et mobilisent des ressources individuelles et collectives pour endiguer la situation. Grâce aux travaux de Boivin-Desrochers et Alderson (2014) on a connaissance de stratégies collectives de défenses qui éclairent nos constats. Les auteurs citent d'abord l'établissement de liens de collaboration avec les collègues pour favoriser une meilleure qualité de vie au travail et un sentiment d'appartenance à l'emploi. Ensuite il est fait état de prendre le temps de discuter à propos du travail. Les auteurs évoquent aussi une attitude mentale positive, soutenue par l'esprit d'équipe et l'autonomie dans le travail. Ainsi on comprend mieux pourquoi la relation d'aide aux pairs s'altère moins rapidement que la relation de soutien de la hiérarchie car elle participe d'une stratégie de résistance collective à la pénibilité du travail. En effet, échanger collectivement sur le travail nourrit le sentiment d'appartenance à une équipe qui peut en retour nourrir une attitude positive face aux défis du travail.

Si les supports à la résilience existent ils dépendent aussi de la socialisation par l'environnement de travail immédiat qui peut être un facteur d'amélioration ou de dégradation de la capacité de résilience des agents. Mais il est possible de favoriser une meilleure capacité de résister aux contraintes du quotidien en permettant des temps d'échanges sur le travail et les contraintes vécues. Discuter sur les critères du travail bien fait par les agents permettrait de lever en partie certaines dynamiques d'équipes qui favorisent le retrait comme stratégie de résistance aux conditions de travail dégradées.

Références

- Boivin-Desrochers, C., Alderson, M.,(2014), « Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail », *Recherche en soins infirmiers* 2014/3, 118, 85-96.
- Detchessahar, M., Gentil, S., Grevin, A., & Stimec, A. (2015). Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations ? *@GRH*, (3), 63-89.
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS), (2017) *Analyse synthétique nationale des bilans sociaux au 31.12.2014*.
- Hansez I., Bertrand F., de Keyser V. et Pérée F. (2005). Fin de carrière des enseignants : Vers une explication du stress et des retraites prématurées, *Le Travail Humain*, 68, 193-223.
- Rivière, A., Commeiras, N., Loubès, A., (2017), Tensions de rôle et stress au travail : quelles stratégies d'ajustement pour développer le bien-être au travail des cadres de santé ?
- Routelous C., (2018), Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien-être au travail, ouvrage collectif Institut du Management, *presses de l'EHESP*.
- Routelous C., Ollivier E., De la gestion de l'absentéisme à un management durable : Une attente forte pour le contrôle de gestion sociale mais des informations inertes, *Santé RH*, n° 98 - Octobre 2017.

DROITS DE LA DÉFENSE

Licenciement pour insuffisance professionnelle – Cas dans lequel les textes se bornent à prévoir l’avis d’une instance consultative

Dans le cadre d’un licenciement pour insuffisance professionnelle, lorsque les dispositions applicables se bornent à prévoir que l’autorité appelée à prendre la décision recueille l’avis d’une instance consultative, le principe des droits de la défense n’exige pas que cette instance entende l’intéressé, mais seulement que ses membres aient préalablement à leur délibération, communication des observations qu’il a pu présenter devant l’autorité compétente.

CE 26 AVRIL 2018 req. N°409324

« 3. Considérant que le principe général des droits de la défense implique que la personne concernée par une procédure de licenciement pour insuffisance professionnelle, après avoir été informée des insuffisances qui lui sont reprochées, soit mise à même de demander la communication de son dossier et ait la faculté de présenter ses observations devant l’autorité appelée à prendre la décision ; que, lorsque les dispositions applicables se bornent à prévoir que cette autorité recueille l’avis d’une instance consultative, le principe des droits de la défense n’exige pas que cette instance entende l’intéressé mais seulement que ses membres aient, préalablement à leur délibération, communication des observations qu’il a pu présenter devant l’autorité compétente ; ».

Lors de la mise en œuvre d’une procédure de licenciement pour insuffisance professionnelle, le respect du principe général des droits de la

défense implique-t-il que l’instance consultative entende préalablement l’agent ?

Dans la décision du 26 avril 2018, le Conseil d’Etat répond par la négative et ce faisant, précise les contours du principe général des droits de la défense, obligation essentielle pesant sur l’administration (CE 5 mai 1944 Veuve Trompier-Gravier req. N°69751).

Dans la présente espèce, Mme X., docteur en pharmacie, avait été recrutée en qualité de praticien hospitalier dans le service de pharmacie d’un hôpital universitaire. Le directeur de l’établissement a prononcé son licenciement pour insuffisance professionnelle. Le Tribunal administratif a rejeté la demande d’annulation de Mme X. dirigée contre ladite décision de licenciement.

Devant la Cour administrative d’appel, la requérante soutenait notamment que la procédure suivie était irrégulière dès lors qu’elle aurait dû être avisée de la réunion de la commission médicale d’établissement, être en mesure de présenter ses observations, et avoir communication des éléments soumis à la commission médicale d’établissement.

La Cour administrative d’appel, en retenant une interprétation stricte, a considéré qu’il ne résultait ni des dispositions de l’article R. 6152-628 du Code de la santé publique, ni d’aucun principe général, que le praticien attaché associé qui fait preuve d’insuffisance professionnelle devait être avisé de la réunion de la commission médicale d’établissement, être en mesure de présenter ses observations et avoir communication des éléments soumis à la commission. Le Conseil d’Etat valide cette interprétation.

La décision du Conseil d’Etat du 26 avril 2018 apporte à la fois une limite et un complément au principe général des droits de la défense.

Anna-Léa MARGINEAN
Cabinet BAZIN & CAZELLES



Une limite : le principe général des droits de la défense exige que l'agent puisse présenter ses observations, mais seulement devant l'autorité qui prend la décision et non devant la commission médicale consultée pour avis.

Il apporte également un complément : le principe général des droits de la défense exige que la commission médicale consultée pour avis ait communication des observations que l'agent a présenté devant l'autorité compétente.

Ainsi, par cette décision, le Conseil d'Etat ménage un équilibre entre l'autorité qui prend la décision de licenciement,

et celle qui est consultée pour avis. L'audition de l'agent est obligatoire et essentielle devant l'autorité qui prend la décision de licenciement, en revanche devant la commission médicale consultée pour avis, la communication des observations présentées par l'agent devant ladite autorité est suffisante.

Une attention toute particulière à la consignation des observations formulées par l'agent devant l'autorité compétente pour prendre la décision de licenciement doit donc être apportée, afin que l'autorité consultative en ait connaissance dans son intégralité.

AGENTS CONTRACTUELS

Obligation pour l'employeur de chercher à reclasser un agent atteint de manière définitive d'une inaptitude à exercer son emploi avant de pouvoir prononcer son licenciement

Lorsqu'il a été médicalement constaté qu'un agent se trouve, de manière définitive, atteint d'une inaptitude physique à occuper son emploi, il incombe à l'employeur public, avant de pouvoir prononcer son licenciement, de chercher à reclasser l'intéressé dans un autre emploi, sauf si l'agent manifeste expressément sa volonté non équivoque de ne pas reprendre une activité professionnelle.

CE 25 mai 2018 REQ. N°407336

« 2. Considérant qu'il résulte d'un principe général du droit, dont s'inspirent tant les dispositions du code du travail relatives à la situation des salariés qui, pour des raisons médicales, ne peuvent plus occuper leur emploi que les règles statutaires applicables dans ce cas aux fonctionnaires, que, lorsqu'il a été médicalement constaté qu'un salarié se trouve, de manière définitive, atteint d'une inaptitude physique à occuper son emploi,

il incombe à l'employeur public, avant de pouvoir prononcer son licenciement, de chercher à reclasser l'intéressé dans un autre emploi ; que la mise en œuvre de ce principe implique que, sauf si l'agent manifeste expressément sa volonté non équivoque de ne pas reprendre une activité professionnelle, l'employeur propose à ce dernier un emploi compatible avec son état de santé et aussi équivalent que possible avec l'emploi précédemment occupé ou, à défaut d'un tel emploi, tout autre emploi si l'intéressé l'accepte ; que ce n'est que lorsque ce reclassement est impossible, soit qu'il n'existe aucun emploi vacant pouvant être proposé à l'intéressé, soit que l'intéressé est déclaré inapte à l'exercice de toutes fonctions ou soit que l'intéressé refuse la proposition d'emploi qui lui est faite, qu'il appartient à l'employeur de prononcer, dans les conditions applicables à l'intéressé, son licenciement ; que ce principe est applicable aux agents contractuels régis par les dispositions du décret du 31 décembre 2003 fixant les dispositions applicables aux agents contractuels de droit public de Pôle emploi ;

3. Considérant qu'il ressort des énonciations de l'arrêt attaqué que la cour, après avoir constaté que le médecin mandaté par Pôle emploi avait relevé, dans son certificat médical du 3 novembre 2011, que M. A...n'était pas apte à la reprise de " ses fonctions ", s'est fondée sur ce que M. A...n'avait pas contesté devant Pôle emploi l'inaptitude à toutes

fonctions sur laquelle cet établissement public s'est fondé pour le licencier sans rechercher à le reclasser ; que, toutefois, alors même qu'il n'a pas contesté devant son employeur public la portée donnée au certificat médical le concernant établi par un médecin mandaté par l'administration, un agent peut soutenir devant le juge que cet employeur public s'est mépris sur la portée de ce certificat, en en déduisant à tort le constat d'une inaptitude définitive à l'exercice de toutes fonctions ; que dès lors, en se fondant, pour rejeter la requête de M.A..., sur la seule circonstance qu'il n'avait pas contesté auprès de Pôle emploi les constatations médicales faites sur son aptitude, la cour a commis une erreur de droit ; ».

Par cette décision, le Conseil d'Etat précise la portée de l'obligation de reclassement qui incombe à l'employeur.

Selon le principe dégagé par le Conseil d'Etat dans sa décision Chambre de commerce et d'industrie de Meurthe-et-Moselle (CE 2 octobre 2002 CCI de Meurthe-et-Moselle req. n°227868) applicable aux agents contractuels, lorsqu'il a été médicalement constaté qu'un agent se trouve, de manière définitive, atteint d'une inaptitude physique à occuper son emploi, il incombe à l'employeur public, avant de pouvoir prononcer son licenciement, de chercher à reclasser l'intéressé dans un autre emploi.

Le Conseil d'Etat a précisé par la suite la portée de l'obligation de reclassement : « La mise en œuvre de ce principe implique que l'employeur propose (à l'agent intéressé) un emploi compatible avec son état de santé et aussi équivalent que possible avec l'emploi précédemment occupé ou, à défaut d'un tel emploi, tout autre emploi si l'intéressé l'accepte; (...) dans le cas où) ce reclassement est impossible, (faute) d'emploi vacant, (ou si) l'intéressé refuse la proposition qui lui est faite, il appartient à l'employeur de prononcer, dans les conditions applicables à l'intéressé, son licenciement » (CE 19 mai 2017 M. BALLAND req. N°397577).

Il sera également ajouté que certains juges du fond recherchaient l'intention de l'agent et jugeaient régulièrement que, lorsque l'agent manifeste explicitement

son intention de ne pas reprendre une activité? professionnelle – par exemple en demandant sa mise à la retraite ou son maintien en congé maladie – l'administration était exonérée de son obligation de reclassement.

La présente espèce a amené le Conseil d'Etat à encadrer ce raisonnement, en exigeant la manifestation expresse d'une volonté non équivoque de ne pas reprendre une activité professionnelle.

M. X, agent de droit public de pôle emploi avait demandé au Tribunal administratif d'annuler les décisions rejetant ses demandes indemnitaires et de condamner Pôle Emploi à lui verser 150 000 euros en réparation du préjudice subi du fait de la gestion fautive de sa carrière et des conditions dans lesquelles son licenciement était intervenu.

Rejetant l'appel formulé par l'agent, la Cour administrative d'appel a jugé, sans rechercher l'intention de l'agent, que l'administration n'était pas tenue de proposer à l'agent un reclassement dès lors qu'il n'avait contesté auprès d'elle ni les constatations médicales faites sur son aptitude ni l'interprétation de celles-ci par l'administration. Le requérant s'est pourvu en cassation. Le Conseil d'Etat annule l'arrêt de la Cour administrative d'appel, considérant que la Cour a commis une erreur de droit en se fondant sur la seule circonstance que l'agent n'avait pas contesté les constatations médicales.

Après avoir rappelé l'obligation de reclassement, le Conseil d'Etat juge ainsi que l'obligation qui pèse sur l'employeur de proposer à l'agent un autre emploi compatible avec son état de santé s'applique, sauf si l'agent manifeste expressément sa volonté non équivoque de ne pas reprendre une activité professionnelle. Il convient toutefois de réserver les cas particuliers de l'agent dont les facultés de discernement ont été momentanément altérées ou de l'agent induit en erreur par son employeur sur sa situation.

Aussi, les employeurs publics doivent faire preuve de vigilance et exiger de l'agent qu'il se positionne clairement, en indiquant le cas échéant sa volonté de ne pas reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

CARRIÈRE

Décret n° 2018-958 du 5 novembre 2018 modifiant le décret n° 2018-506 du 21 juin 2018 modifiant le décret n° 2001-1207 du 19 décembre 2001 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière et modifiant le décret n° 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière & Arrêté du 5 novembre 2018 modifiant l'arrêté du 21 juin 2018 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux membres du corps des attachés d'administration hospitalière

Lors de la précédente publication du décret relatif au reclassement des Attachés d'Administration Hospitalière en juin 2018 dans le cadre du protocole PPCR, une erreur s'était glissée dans le paragraphe « Dispositions transitoires ». Un paragraphe a été rajouté pour les cas où le reclassement sera défavorable à l'agent concerné. Il convient de noter qu'une manipulation est à effectuer selon l'arrêté (majoration de 4 ou 5 points).

Décret n° 2018-999 du 16 novembre 2018 modifiant le décret n° 93-145 du 3 février 1993 portant statuts particuliers des personnels techniques de la catégorie A de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et le décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 portant statut particulier des ingénieurs de la fonction publique hospitalière & Décret n° 2018-1000 du 16 novembre 2018 relatif au classement indiciaire applicable au corps des ingénieurs de la fonction publique hospitalière et au corps des ingénieurs de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris & Arrêté du 16 novembre

2018 relatif à l'échelonnement indiciaire des ingénieurs de la fonction publique hospitalière et des ingénieurs de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris

Nous assistons ici à une réécriture du décret d'application du protocole PPCR relatif au statut des ingénieurs hospitaliers malgré une publication en septembre 2017. Les reclassements ne seront pas à recommencer. La plupart des modifications est uniquement applicable aux ingénieurs hospitaliers de l'AP-HP.

DIALOGUE SOCIAL

Instruction N° DGOS/DGCS/RH3/4B/2018/231 du 12 octobre 2018 relative au dispositif de remontée des résultats aux élections professionnelles des comités techniques des établissements publics de santé, des établissements publics sociaux et médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaires de moyens de droit public, au comité consultatif national, aux commissions administratives paritaires départementales

Cette instruction présente les modalités de remontée des résultats dans le cadre des élections professionnelles prévues le 6 décembre 2018.

RÉMUNÉRATION

Décret n° 2018-955 du 5 novembre 2018 modifiant le décret N° 2008-539 du 6 juin 2008 relatif à l'instauration d'une indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat & Arrêté du 5 novembre 2018 fixant au titre de l'année 2018 les éléments à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat.

Ces deux textes renouvellent le dispositif de l'indemnité dite GIPA pour l'année 2018.

Lisa BOVIS

Rapport annuel sur l'état de la fonction publique - édition 2018

Ministère de l'Action et des Comptes publics, novembre 2018

Ce rapport annuel recense les données relatives aux trois fonctions publiques, sur un périmètre stable permettant d'évaluer les évolutions. Pour cette édition, une étude analyse l'attractivité de la fonction publique, interrogeant les motivations des jeunes qui ont tenté un concours ou au contraire les raisons de ceux qui y renoncent. Le rapport complet sera très prochainement en ligne.

Rapport sur la recertification des médecins : garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

Ministère des solidarités et de la santé, Uzan, Serge / rapp. , novembre 2018, 69p. (lire la synthèse)

Ce rapport préconise une certification et une valorisation du parcours professionnel et des acquis tous les 6 ans, pour tous les médecins, et tous les modes d'exercices. Plus qu'un contrôle, la procédure proposée se veut un exercice de promotion et de valorisation, voire d'évolution des compétences.

La mission menée par le doyen Uzan prend acte de l'évolution très rapide des connaissances médicales et du fossé qui risque de se creuser pour les professionnels qui ne se sont pas mis à jour. Cette évaluation est certes stigmatisante, mais elle est aussi une reconnaissance des connaissances acquises et donc un facteur de confiance dans ces professionnels. Fixée tous les 6 ans, pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice, cette évaluation pourrait s'appliquer à compter de 2021 dans le cadre du 3ème cycle des études médicales.

La liberté d'expression des agents publics et l'utilisation des réseaux sociaux

Ludovic Lombard, Actualité Juridique Fonctions Publiques n° 5, septembre-octobre 2018. p. 259 à 264

La liberté d'expression des agents publics est délimitée par le statut puis par la jurisprudence. L'utilisation des réseaux sociaux a fait bouger les lignes de la problématique et la jurisprudence se trouve réduite à appliquer les critères traditionnels pour apprécier si des propos tenus par des agents publics via les réseaux vont à l'encontre de leurs obligations. C'est dommage parce que la nature publique ou privée d'une telle expression ne se trouve pas au centre de l'appréciation par le juge, générant une insécurité juridique. Les auteurs considèrent donc que la loi devrait préciser le régime applicable, en s'appuyant notamment sur la déontologie.

Quelles compétences et ressources pour les cadres de santé dans la gestion des situations à forte charge émotionnelle ?

Dujardin, Pierre-Philippe ; Lépine, Valérie ; in Santé Publique, vol.30, n°4, juillet-août 2018, pp.507-516.

Cet article intéressant évoque l'affect dans les relations de travail, et la manière dont les cadres de santé doivent encadrer des agents confrontés à des situations émotionnellement difficiles. Il en résulte une nécessité de prendre en compte la dimension affective, plus sans doute que dans d'autres milieux professionnels, et d'y adapter la gestion de chaque membre de l'équipe.

Soigner les maux de l'hôpital-usine

Vincent, Stéphane ; Desrioux, François ; Jordery-Allemand, Catherine ; et al., in Santé & Travail, n°104, octobre 2018, pp.25-40.

Remettre le Care au cœur de l'hôpital, pour redonner du sens à l'activité et améliorer la qualité des soins.

Dans ce numéro, la revue *Santé et Travail* propose plusieurs articles montrant que la santé s'est industrialisée, déshumanisée, mettant ses agents dans un conflit entre les valeurs ayant justifié son engagement professionnel (le « sacerdoce » du soignant) et les objectifs qui lui sont fixés, générant des conditions de travail durcies.

L'industrialisation de la santé

Daidj, Nabyla ; Pascal, Christophe ; in Management & Avenir Santé, n°3 mai 2018, p. 7-88.

De manière un peu visionnaire, par analogie avec la taylorisation, les auteurs soulignent que la mise en place de nouvelles normes contraignantes pour certains professionnels de la santé (chronométrage, gestes prescrits, cadences imposées) dans certains services de soins préfigure une fragmentation future accrue dans ce secteur.

Observatoire de la fragilité sociale dans la fonction publique

Mutualité fonction publique. Octobre 2018. 19 p.

L'attention des pouvoirs publics semble se concentrer sur l'attractivité et tout ce qui peut détourner les citoyens de leur fonction publique. En l'occurrence, le focus part d'une globale satisfaction des agents publics par rapport à leur activité professionnelle ; pourtant, le lien entre santé et travail est préoccupant : 84 % des agents déclarent se sentir

régulièrement fatigués au travail, pointent stress et douleurs physiques liées à leur posture, et 91 % réclament la reconnaissance de l'épuisement professionnel comme une maladie professionnelle. 50 % pointent une dégradation des relations de travail, 60 % déplorent une mauvaise prise en compte de la QVT, aussi bien en catégorie C que A. Dans le fond, le pessimisme pour l'avenir des conditions dans la fonction publique est particulièrement inquiétant.

Pourquoi joindre l'inutile au désagréable ? : en finir avec le nouveau management public

Evelyne Bechtold-Rognon. Editions de l'Atelier, 2018, 173 p.

Dans la lignée des critiques précédentes l'auteure critique la tendance du nouveau management public à appliquer les modalités de gestion et d'administration du secteur privé. Ces types de méthodes mettraient les salariés en souffrance sans accroître la productivité. Cet essai présente aussi des témoignages d'employés expliquant que la rentabilité à tout prix se heurte aux objectifs de qualité sur le long terme.

La protection de l'agent public victime de harcèlement moral

Caroline Bardoul. Le droit ouvrier n°843, octobre 2018, p. 621 à 625

L'article reprend les éléments constitutifs du harcèlement moral, dans la loi et la jurisprudence. Puis il rappelle l'obligation de protection statutaire des agents et analyse les procédures dont dispose l'agent en cas d'inaction de l'administration.

AGENDA

Rencontres du management des parcours (RMP)

11 décembre prochain à Paris

Employabilité et responsabilités de l'employeur

Journée d'étude de l'ADRHESS, 1er Février 2019 à Paris

Santé RH est une publication mensuelle éditée par **INFODIUM** - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - www.infodium.fr
tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 infodium@infodium.fr - www.sante-rh.fr Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec
Conseiller scientifique : Jérôme Lartigau - Mise en page : Yohann Roy, Publatis - Abonnement et publicité : Nadine Giraud - 11 numéros par an - Abonnement 300,00 euros par an.
Prix au numéro : 34 euros - n° de CPPAP 0121 1 89709 - ISSN 1969-7945 - Dépôt légal à date de parution - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
© Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



BULLETIN D'ABONNEMENT



Santé RH

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

WT11

1 an, 11 numéros,

et l'accès au site

www.sante-rh.fr

(consultation de la base de données)

au prix de **300 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

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

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

Adresse de facturation si différent

Code Postal : Ville :

Cachet /Date
Signature

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

Infodium - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du
1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2019.