



LE PACTE DE CONFIANCE POUR L'HOPITAL

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE DIALOGUE SOCIAL ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Le dialogue social local : Reconnaître – Rénover – Réussir

RAPPORT

Présidente

Danielle TOUPILLIER, directrice générale du Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

Vice-présidents

*Jean-Paul GUILLOT, président de Réalités du Dialogue Social
Roland OLLIVIER, directeur de l'Institut du Management – EHESP*

Rapporteur

Bernard VERRIER, inspection générale des affaires sociales

Remerciements

L'équipe d'animation du groupe 2 du Pacte de confiance pour l'hôpital chargée d'étudier la question « du dialogue social et de la gestion des ressources humaines » dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, tient à adresser ses plus vifs remerciements à l'ensemble des participants à ses travaux (cf. liste en annexe n°2 du rapport). Par leurs observations, leur expérience et leurs contributions, ils ont apporté une grande richesse à la réflexion. Par leur ouverture d'esprit et leur qualité d'écoute et d'échange, ils ont ainsi permis d'orienter le rapport sur 41 propositions sous forme de recommandations pour que chacun trouve sa place, demain, au sein de chaque institution dans le respect et la confiance.

Elle exprime également sa reconnaissance aux personnalités qualifiées qui ont accepté d'être auditionnées par le groupe plénier et qui ont éclairé les débats de leur vision diversifiée (Cf. liste en annexe n° 6 du rapport).

Que les autres personnalités qualifiées qui ont été reçues par l'équipe d'animation reçoivent sa gratitude pour le regard croisé qu'ils ont pu donner à cette relation entre « dialogue social et ressources humaines », d'une part, dans la plus grande institution hospitalière publique et d'autre part, dans trois secteurs d'activité privés à but lucratif et non lucratif (cf. liste également en annexe n°6 du rapport).

Par ailleurs, l'équipe d'animation tient à saluer la collaboration intense et fructueuse développée avec Edouard COUTY et Claire SCOTTON, qui l'assistent dans sa mission ainsi qu'à Eve PARIER, conseillère technique de la Ministre des affaires sociales et de la santé qui ont suivi ses travaux.

Elle souhaite aussi souligner la qualité des échanges avec les équipes d'animation des groupes 1 et 3, la participation active ainsi que la précision et la rapidité des comptes rendus réalisés par la Direction générale de l'offre de soins – sous-direction chargée des ressources humaines sanitaires et sociales- et l'intérêt de la relation développée sur ces sujets avec la Direction générale de la cohésion sociale.

Enfin, un hommage doit être rendu à l'équipe informatique de l'Inspection générale des affaires sociales qui a, sous l'autorité du chef de corps, apporté toute son expertise pour la mise au point et l'exploitation informatisée du questionnaire destiné à l'ensemble des participants (cf. annexe n°4 du rapport) et au secrétariat de direction du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des directeurs de la fonction publique hospitalière qui a assuré la fonction majeure de secrétariat et de responsable de l'organisation des réunions du groupe 2, en lien étroit avec la secrétaire de la mission.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| REMERCIEMENTS | 3 |
| SOMMAIRE | 4 |
| SYNTHESE | 6 |
| INTRODUCTION | 11 |
| RAPPORT | 13 |
| 1. LE DIALOGUE SOCIAL LOCAL : UNE REALITE D’AMPLEUR INEGALE | 13 |
| 1.1. <i>L’exercice du dialogue social local dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux : une réalité très inégale</i> | 14 |
| 1.1.1. Une réalité surtout pour la FPH..... | 14 |
| 1.1.2. ...mais très inégale..... | 15 |
| 1.2. <i>Le dialogue social local : des insuffisances structurelles et des acteurs en attente</i> | 17 |
| 1.2.1. Des normes incomplètes, des faiblesses juridiques et des limites institutionnelles | 17 |
| 1.2.1.1. Des règles juridiques incomplètes pour les praticiens hospitaliers | 17 |
| 1.2.1.2. Des règles de dialogue social et un droit des instances consultatives non adaptés à certaines réalités | 17 |
| 1.2.1.3. La pression du court terme financier | 17 |
| 1.2.2. Des attentes fortes pour un dialogue social de qualité..... | 18 |
| 1.3. <i>Le tournant de la loi du 5 juillet 2010</i> | 19 |
| 1.3.1. Une loi fondamentale pour la FPH..... | 19 |
| 1.3.2. Les limites de la loi | 20 |
| 2. FAIRE VIVRE LE DIALOGUE SOCIAL LOCAL : LES CONDITIONS DE LA REUSSITE. LES PROPOSITIONS DU GROUPE..... | 21 |
| 2.1. <i>Renforcer les fondations du dialogue social à tous les niveaux (8 recommandations)</i> | 22 |
| 2.1.1. D’abord clarifier..... | 22 |
| 2.1.1.1. Qu’entend-t-on par dialogue social ?..... | 22 |
| 2.1.1.2. Sur quels sujets porte le dialogue social ? | 22 |
| 2.1.1.3. A quel niveau s’exerce le dialogue social ? | 23 |
| 2.1.1.4. Quelle forme prend le dialogue social ? | 23 |
| 2.1.1.5. Quelles sont les parties au dialogue social ?..... | 23 |
| 2.1.1.6. Quel degré d’autonomie d’une négociation se situant à un niveau autre que national ? | 24 |
| 2.1.2. Sécuriser..... | 24 |
| 2.1.2.1. Sécuriser le cadre juridique d’exercice du dialogue social pour les praticiens hospitaliers | 25 |
| 2.1.2.2. Traiter la question de la représentativité syndicale des praticiens hospitaliers | 25 |
| 2.1.2.3. La négociation, la hiérarchie des normes et le principe de faveur | 27 |
| 2.1.3. Responsabiliser | 28 |
| 2.1.4. Reconnaître | 28 |
| 2.2. <i>Pratiquer le dialogue social à tous les niveaux. Vivre et progresser ensemble par le dialogue social (22 recommandations)</i> | 29 |
| 2.2.1. Promouvoir, soutenir et conduire le dialogue social | 29 |
| 2.2.1.1. Associer les professionnels aux projets des établissements | 29 |
| 2.2.1.2. Revivifier les instances de concertation..... | 31 |
| 2.2.1.3. Négocier des accords..... | 41 |
| 2.2.1.4. Maîtriser les éléments aptes à soutenir le déploiement du dialogue social | 42 |
| 2.2.2. Clarifier, affirmer et intensifier le rôle de pilotage et de régulation de l’Etat..... | 44 |
| 2.2.2.1. L’Etat central..... | 44 |
| 2.2.2.2. L’Etat en région et dans le département | 46 |
| 2.2.3. Former, accompagner et outiller les acteurs du dialogue social | 47 |
| 2.2.3.1. L’accompagnement par la formation..... | 47 |
| 2.2.3.2. Accompagner la conduite de projet et soutenir les acteurs de terrain | 48 |
| 2.2.3.3. Mobiliser les acteurs nationaux | 49 |
| 2.2.3.4. Accompagner les organisations représentatives par la mise à disposition de moyens syndicaux | 49 |
| 2.2.4. Observer, suivre et évaluer..... | 50 |
| 2.2.4.1. Assurer la veille et observer le dialogue social..... | 50 |
| 2.2.4.2. Evaluer le dialogue social..... | 51 |
| CONCLUSION | 52 |
| LISTE DES RECOMMANDATIONS | 57 |

| | |
|--|------------|
| LISTE DES ANNEXES | 62 |
| GLOSSAIRE..... | 115 |
| LISTE DES CONTRIBUTIONS GROUPE 2 - DIALOGUE SOCIAL ET GRH | 117 |
| LISTE DES CONTRIBUTIONS TRANSVERSALES AUX 3 GROUPES | 119 |
| BIBLIOGRAPHIE | 121 |

Synthèse

Par lettre du 6 septembre 2012 figurant en annexe 1 du rapport présenté au nom du groupe 2, Madame Marisol TOURAINE, Ministre des affaires sociales et de la santé, a missionné Monsieur Edouard COUTY en vue de lui adresser des propositions pour promouvoir le Pacte de confiance pour l'hôpital qu'elle a engagé pour renforcer la dimension humaine et globale de la prise en charge des patients et des personnes accueillies et restaurer des relations loyales et confiantes entre les institutionnels, les professionnels et l'Etat.

Dans le cadre de cette démarche, trois groupes ont été constitués :

- **Le groupe 1** s'est intéressé au service public hospitalier, aux coopérations et au financement des établissements de santé,
- **Le groupe 2** a été chargé du dialogue social et de la gestion des ressources humaines dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière (secteurs publics sanitaire, social et médico-social),
- **Le groupe 3** a axé sa réflexion sur la gouvernance hospitalière.

Le groupe 2, dont la composition figure en annexe n° 2 du rapport, s'est réuni à 13 reprises entre le 27 septembre et le 17 décembre 2012, à raison de 6 séances plénières, 4 séances en sous-groupe « praticiens hospitaliers » et 3 séances en sous-groupe « personnels de la fonction publique hospitalière » (Cf. calendrier en annexe 5 du rapport). Il a procédé à quatre auditions en séances plénières et pris en compte de très nombreuses contributions produites en son sein ou par des personnalités extérieures au groupe (Cf. annexe n°6 du rapport).

Il a développé sa démarche en **trois phases** :

1/ La première phase a permis de construire un programme de travail détaillé, en veillant au lien avec l'agenda social de la Ministre de la fonction publique. Ce programme de travail, approuvé à l'unanimité lors de la première réunion plénière et dont le détail figure en annexe n°3 du rapport, comporte *neuf thématiques* articulées autour de *trois grands axes* :

- * le dialogue social local aujourd'hui : constats – bilans - enjeux - axes de modernisation ;
- * la gestion anticipatrice des ressources humaines dont le dialogue social est l'un des fondements ;
- * un dialogue social dans les établissements de demain : sur quoi et comment ?

2/ La deuxième phase a consisté à croiser la déclinaison des thèmes opérationnels ainsi définis avec les différents modes de mise en œuvre du dialogue social.

Une maquette de questionnaire a été élaborée et enrichie avec les membres du groupe 2 pour permettre à chacun de se positionner avec précision sur l'articulation entre les contenus du dialogue social et ses modes d'expression. Elle a été informatisée avec l'appui des services informatiques de l'IGAS pour en assurer une rapide exploitation et a été accompagnée d'un lexique explicitant certains items et d'une note d'utilisation (cf. annexe n°4 du rapport).

3/ La troisième et dernière phase a conduit le groupe 2 à affiner et à consolider ses constats, à fixer les principaux objectifs et les grandes priorités du dialogue social, à aborder certains aspects plus qualitatifs autour des conditions de la réussite, à définir ses orientations et à préparer ses propositions sous la forme de recommandations.

Les échanges ont permis de faire émerger un large consensus sur l'utilité d'un dialogue social local très concret, associant - à tous les niveaux pertinents, y compris dans les diverses formes de coopération entre établissements - tous les personnels (y compris les praticiens qui le sont peu aujourd'hui) pour contribuer à faire progresser la qualité des soins, le bien-vivre au travail, l'efficacité médico-économique et la performance sociale dans les établissements. Le groupe a identifié quatre enjeux prioritaires à traiter par le dialogue social :

- attirer et fidéliser les professionnels ;
- dynamiser et sécuriser leurs carrières ;
- anticiper les évolutions et promouvoir les parcours professionnels ;
- contribuer à la démarche de responsabilité sociale des établissements, avec un accent tout particulier mis sur l'organisation et les conditions travail, la santé au travail et la conciliation entre vie professionnelle-vie personnelle.

Le groupe a mis en évidence que ces sujets ainsi que l'éthique du management (Cf. annexe n°7 du rapport), partagés par les directeurs, praticiens hospitaliers et personnels de la fonction publique hospitalière, devraient être abordés en commun pour imaginer des solutions durables, respectueuses de tous les acteurs.

A l'issue de ses travaux qui se sont déroulés dans un esprit très ouvert et dans une volonté commune particulièrement constructive, **41 recommandations** sont proposées pour le groupe 2 pour promouvoir un dialogue social régulier, efficace et loyal et moderniser la gestion des ressources humaines dans les trois secteurs d'activité concernés, autour de **trois objectifs majeurs** :

1/ Renforcer les fondations du dialogue social à tous les niveaux (8 recommandations)

Proposition n°1 : Aider les acteurs à s'approprier les contenus, les niveaux et les formes du dialogue social

Proposition n°2 : Identifier clairement les acteurs du dialogue social à tous les niveaux, de l'établissement au niveau national

Proposition n°3 : Inviter les acteurs du dialogue social à s'assurer de leur degré d'autonomie avant d'engager toute négociation

Proposition n°4 : Favoriser le dialogue social pour les praticiens hospitaliers dans un cadre juridique sécurisé

Proposition n°5 : Engager au premier semestre 2013 une concertation sur la question de la représentativité syndicale des praticiens hospitaliers pour préparer notamment les prochaines élections professionnelles prévues en 2016

Proposition n°6 : Faire vivre le dialogue social à tous les niveaux (inter-fonction publique, national, inter-régional, régional, territorial et local), en respectant le principe de faveur

Proposition n°7 : Préciser les droits et obligations de l'ensemble des parties à la négociation

Proposition n°8 : Elaborer une charte du dialogue social, à tous ses niveaux d'expression, pour l'ensemble des acteurs du secteur public sanitaire, social et médico-social

2/ Pratiquer le dialogue social à tous les niveaux – vivre et progresser ensemble par le dialogue social (22 recommandations)

Proposition n°9 : Encourager et ménager des espaces de dialogue social informel et promouvoir le management participatif

Proposition n°10 : Associer les représentants institutionnels et professionnels et les cadres aux projets stratégiques de l'établissement

Proposition n°11 : Impliquer et reconnaître le rôle majeur des cadres dans cette nouvelle approche des ressources humaines et du dialogue social

Proposition n°12 : Intégrer à la commission médicale d'établissement une représentation des étudiants en médecine, pharmacie et odontologie

Proposition n°13 : Elargir les compétences de la commission médicale d'établissement dans les domaines de l'accueil et de l'intégration des professionnels médicaux, de la modernisation des ressources humaines dans le cadre de la démarche institutionnelle de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, avec la question centrale de la démographie médicale et du développement du dialogue social, tout en assurant une information détaillée sur la stratégie financière pluriannuelle de l'établissement et sur ses déclinaisons annuelles

Proposition n°14 : Elargir les compétences du comité technique d'établissement dans les domaines de l'accueil et de l'intégration des professionnels non médicaux, ainsi que du développement du dialogue social et soutenir sa démarche de développement de la politique sociale avec le CGOS et l'AGOSPAP et de la formation, avec l'ANFH, en lien avec la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, dont la question centrale de la démographie des professions non médicales, tout en assurant une information détaillée sur la stratégie financière pluriannuelle de l'établissement et sur ses déclinaisons annuelles

Proposition n°15 : Donner compétence aux commissions administratives paritaires locales sur les sujets relatifs à l'exercice professionnel partagé des personnels de la fonction publique hospitalière dans le cadre des coopérations entre établissements

Proposition n°16 : Renforcer le rôle de proposition de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques en matière d'accueil des professionnels non médicaux et des stagiaires en formation

Proposition n°17 : Faire en sorte que le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail traite systématiquement des questions intéressant les personnels médicaux, conformément à ses compétences législatives

Proposition n°18 : Créer deux sous-commissions dans l'actuel comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail, l'une compétente pour les personnels médicaux sur la base d'une composition spécifique, l'autre pour les personnels de la fonction publique hospitalière, avec mise au point de réunions communes régulières sur les questions d'intérêt partagé, sans modification de sa composition actuelle

Proposition n°19 : Mieux articuler les rôles et compétences du CHSCT et des autres instances consultatives de l'établissement (CME, CTE, CSIRMT)

Proposition n°20 : Adapter le droit des instances délibératives et consultatives à la réalité de l'organisation territoriale des établissements (établissements référent et participant à des coopérations entre établissements)

Proposition n°21 : Transformer l'actuelle commission régionale paritaire, spécifique aux praticiens hospitaliers, en un espace formalisé de dialogue social régional réunissant l'ensemble des partenaires institutionnels et professionnels concernés avec, le cas échéant, mise en place de deux sous-commissions, l'une compétente pour les personnels médicaux et l'autre pour les personnels de la fonction publique hospitalière, avec réunions communes sur les sujets d'intérêt partagé

Proposition n°22 : Conférer en outre à cet espace formalisé du dialogue social régional une mission de médiation-conciliation et de prévention des conflits dans le champ des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Proposition n°23 : Préciser et compléter les compétences du comité consultatif national des praticiens hospitaliers

Proposition n°24 : Mieux articuler les missions et le fonctionnement des commissions statutaires nationales et du comité consultatif national des praticiens hospitaliers

Proposition n°25 : Mieux articuler les missions et le fonctionnement du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, des comités consultatifs nationaux des directeurs et de l'observatoire national des métiers et des compétences de la fonction publique hospitalière

Proposition n°26 : Décloisonner les comités consultatifs nationaux des trois corps de directeurs de la fonction publique hospitalière

Proposition n°27 : Compléter le champ de compétence des commissions administratives paritaires nationales des trois corps de directeurs de la fonction publique hospitalière sur la question du temps professionnel partagé

Proposition n°28 : Avant l'engagement d'une négociation, se préoccuper des conditions de sa réussite

Proposition n°29 : Faire porter d'abord le dialogue social local et, en particulier la négociation, sur les sujets déclarés prioritaires par les praticiens hospitaliers et les personnels de la fonction publique hospitalière

Proposition n°30 : Former les acteurs au repérage précoce des situations dans lesquelles une médiation-conciliation est utile et savoir mobiliser les compétences aptes à rétablir le dialogue entre les parties concernées

3/ Clarifier, affirmer et intensifier le rôle de pilotage et de régulation de l'Etat et accompagner les acteurs (11 recommandations)

Proposition n°31 : Définir au niveau national des grandes orientations stratégiques pluriannuelles éclairées des tendances économiques pour donner une plus grande lisibilité aux partenaires du dialogue social à tous les niveaux

Proposition n°32 : Inciter l'Etat central à constituer des circuits d'informations organisés et rapides, mettre à disposition des guides méthodologiques et des référentiels actualisés tout en assurant des réponses aux demandes d'expertise en matière de dialogue social et de ressources humaines, notamment au profit de l'Etat en régions et dans les départements

Proposition n°33 : Inscire l'Etat en régions et dans les départements dans un rôle de pilotage et de régulation de la modernisation de la politique d'organisation de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans une dynamique territoriale, en favorisant une approche anticipatrice et documentée des ressources humaines et en développant le dialogue social

Proposition n°34 : Développer des modules de formation continue dans ces deux domaines pour les professionnels et les syndicalistes actuellement en responsabilité

Proposition n°35 : Définir un référentiel de formation initiale sur les bases du dialogue social et de la gestion des ressources humaines dans un établissement public sanitaire, social et médico-social

Proposition n°36 : Etablir des référentiels de conduite de projets avec les acteurs, le plus en amont possible

Proposition n°37 : Mettre en place un dispositif de soutien aux acteurs de terrain pour la conduite de ces projets

Proposition n°38 : Mobiliser un organisme désigné par la Direction générale de l'Offre de Soins en lien avec l'EHESP et l'ANFH, pour accompagner les acteurs du dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Proposition n°39 : Mettre en œuvre les décisions concernant les moyens syndicaux qui seront arrêtées dans le cadre inter fonctions publiques de l'agenda social pour les personnels de la fonction publique, en prenant en compte les acquis et les spécificités des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux et développer, dans le même esprit, des moyens utiles à l'action des organisations représentatives des praticiens hospitaliers

Proposition n°40 : Mettre en place des dispositifs de veille sociale et un observatoire national du dialogue social pour les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Proposition n°41 : Construire dans la concertation un référentiel d'évaluation du dialogue social commun à toutes les catégories professionnelles exerçant dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Introduction

Des objectifs ambitieux

L'objectif central de la mission confiée à Edouard COUTY le 6 septembre 2012 par lettre de Mme Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé (cf. annexe n° 1) tient dans la double nécessité de renforcer la dimension humaine et globale de la prise en charge des patients et des personnes accueillies et de restaurer des relations confiantes entre les institutionnels, les professionnels et l'Etat.

Dans ce cadre, les objectifs assignés au groupe 2 du pacte de confiance sont ambitieux. Ils reposent sur l'affirmation que les valeurs fondatrices du service public hospitalier ne peuvent s'exprimer sans un dialogue social local et une gestion des ressources humaines de qualité. Ils tendent à réconcilier l'humain et le « système » hospitalier, tel qu'il apparaît aujourd'hui et tel qu'il doit évoluer. Tel est le sens profond du pacte de confiance pour l'hôpital public : reconnaître, rénover et réussir le dialogue social local pour mieux armer les établissements dans leurs mutations et améliorer les conditions de vie de leurs personnels. La construction du système de santé de demain ne peut être assurée sans un dialogue social et une gestion des ressources humaines de haut niveau.

Une méthode participative et une concertation approfondie

Toutes les parties prenantes ont été invitées à participer au groupe 2 (la liste des participants figure en annexe n° 2). En présence d'un groupe nombreux aux représentations diversifiées, l'équipe d'animation s'est efforcée de mettre en place une méthode favorisant au mieux l'implication des participants. Une importante précision a été rappelée : le périmètre des travaux du groupe s'étend à l'ensemble des établissements publics des secteurs sanitaire, social et médico-social. Portant sur le dialogue social et *a fortiori* sur les ressources humaines à l'hôpital public, les échanges du groupe ont couvert le champ des personnels de la fonction publique hospitalière et celui des praticiens hospitaliers.

Les travaux du groupe ont été organisés en trois phases. Dans une première phase, il s'est agi de construire un programme de travail détaillé et cohérent.

Ce programme de travail, dont le détail figure en annexe n° 3, comprend neuf thématiques articulées autour de trois grands axes :

- Le dialogue social local aujourd'hui : constats – bilans – enjeux – axes de modernisation ;
- La gestion anticipatrice des ressources humaines dont le dialogue social est l'un des fondements ;
- Un dialogue social dans les établissements de demain : sur quoi et comment ?

Le groupe s'est efforcé d'ajuster au mieux le champ de ses travaux à celui de l'agenda social mis en place, pour les trois versants de la fonction publique, par la Ministre chargée de la Fonction Publique.

La deuxième phase a consisté à croiser la déclinaison des thèmes opérationnels du programme de travail avec les différents modes de mise en œuvre du dialogue social. Une maquette a été élaborée et enrichie avec les membres du groupe pour permettre à chacun de se positionner avec précision sur l'articulation entre les contenus du dialogue social et ses modes d'expression. La maquette a été accompagnée d'un lexique explicitant certains items et d'une note d'utilisation.

Ce processus analytique, en dépit de son côté parfois réducteur (« on n'enferme pas le dialogue social dans des cases ! »)¹, est apparu indispensable pour permettre au groupe de disposer, sur une base homogène et cohérente, de l'avis précis de chaque organisation sur l'ensemble des éléments constitutifs du dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Par la suite, la maquette a fait l'objet d'une présentation sous forme de questionnaire informatisé (Solen) pour favoriser la rapidité et la fiabilité de son exploitation. La maquette complète et le lexique figurent en annexe n°4. Les réponses au questionnaire ont constitué un outil précieux pour étayer les constats du dialogue social d'aujourd'hui et les axes possibles d'évolution, sans être le reflet des positions exhaustives de toutes les composantes du groupe (*cf. infra*).

La troisième et dernière phase des travaux a permis au groupe d'affiner et de consolider ses constats, de fixer les principaux objectifs et les grandes priorités du dialogue social, d'aborder certains aspects plus qualitatifs autour des conditions de la réussite, de définir ses orientations et de préparer ses propositions.

Un processus propice à la qualité des travaux

L'approfondissement des réflexions a été favorisé par la constitution de deux sous-groupes (un sous-groupe « praticiens hospitaliers » et un sous-groupe « personnels de la fonction publique hospitalière »), les réunions en sous-groupes étant régulièrement suivies de séances en formation plénière. Ce mode d'organisation a été d'emblée accepté et apprécié par les participants.

Le groupe n°2 s'est réuni à 13 reprises, entre le 27 septembre et le 17 décembre 2012, à raison de 6 séances plénières, 4 séances en sous-groupe PH et 3 séances en sous-groupe FPH (*cf. le calendrier en annexe n°5*).

Afin de réserver le plus de temps possible à la réalisation de son copieux programme de travail, le groupe a fait le choix de limiter les auditions externes lors de ses séances plénières. Trois auditions sont intervenues dans ce cadre (*cf. annexe n° 6*). Toutefois, en raison d'un nombre important de demandes d'interventions exprimées par des personnalités ou organismes, des auditions restreintes ont été aménagées auprès de l'équipe d'animation du groupe (*cf. annexe n° 6 également*). Ce dispositif a permis de concilier la richesse des apports extérieurs avec la densité des travaux du groupe. Par ailleurs, les personnalités qui n'ont pu être auditionnées ont été invitées à adresser une contribution écrite.

Au-delà de quelques absences régulières (associations d'élus en particulier), les membres du groupe ont participé à l'ensemble des séances avec assiduité, dans une ambiance de respect et d'écoute mutuels, de convivialité, de sens des responsabilités et de volonté commune de progresser. La légitime âpreté de certains débats s'est inscrite dans le souci constant de relever le difficile défi visant à répondre concrètement aux ambitieux objectifs assignés au groupe.

Le rapport du groupe s'articule en deux parties. Après observation qu'au sein des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, le dialogue social est une réalité présente mais inégale et parfois ambiguë sous de nombreux aspects (I), sont exposés d'une part, les voies, moyens et conditions de la réussite pour faire vivre un dialogue social local utile pour les agents, les patients et les établissements et d'autre part, la nécessité de positionner l'Etat à la place la mieux adaptée à son rôle de pilotage et de régulation du dialogue social et des ressources humaines dans le secteur public sanitaire, social et médico-social (II).

¹ Les participants au groupe 2 ont très majoritairement exprimé leur accord sur la philosophie et le contenu de la démarche proposée, certains, dubitatifs voire opposés au départ, ayant signalé leur adhésion au dispositif après s'être livrés à l'exercice. Par ailleurs, l'aspect réducteur de cet exercice a pu être atténué en partie par l'adjonction de commentaires à certaines réponses.

Rapport

En préambule

Le dialogue social à l'hôpital est indissociable des valeurs fondatrices du service public hospitalier. Ce dernier est une composante essentielle du système de santé. Il s'inscrit dans une dimension d'intérêt général et les agents qui y participent dans toute la diversité et la richesse de leurs métiers – praticiens hospitaliers, personnels de la fonction publique hospitalière, agents contractuels etc. – doivent se sentir reconnus et entendus, en particulier au travers du dialogue social. De ce point de vue, le respect du service public hospitalier passe par celui des acteurs qui le font vivre au quotidien, et le respect des engagements pris par l'Etat avec les partenaires institutionnels et les professionnels.

Pour certains membres du groupe, le dialogue social est, sur le terrain, plus vivant qu'on ne le dit ; pour d'autres, c'est l'inverse. Comme le groupe en a émis le vœu, il est urgent de construire de manière concertée un dispositif d'observation du fonctionnement et des contributions du dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de manière à disposer de bases factuelles pour de futurs échanges.

1. LE DIALOGUE SOCIAL LOCAL : UNE REALITE D'AMPLEUR INEGALE

Un contexte particulier

D'importants et nombreux éléments de contexte renforcent l'exigence de qualité du dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

- ✓ Le dialogue social, *a fortiori* au plan local, dans un contexte de fonction publique, revêt de fortes particularités, voire suscite des questions de fond, qu'il convient de souligner d'emblée. Au rebours d'un secteur privé au sein duquel les relations entre partenaires sociaux (employeurs et salariés) relèvent de la libre expression, le secteur de la fonction publique, sous ses trois versants, au vu des principes qui le régissent, pouvait s'accommoder *a priori* fort difficilement d'une telle liberté. Placé dans une situation statutaire et réglementaire², concrétisée par des statuts généraux et particuliers, le fonctionnaire – d'Etat, territorial, hospitalier – relève d'une relation à l'autorité publique tout à fait spécifique au regard de dispositions constitutionnelles³. Pendant longtemps, la négociation, forme la plus aboutie du dialogue social, n'a pas eu cours au sein de la fonction publique, le dialogue social prenant surtout une forme institutionnelle (consultation souvent assez formelle d'instances). Nous verrons que la période récente a fait une large place à la négociation dans la fonction publique, élargissant l'espace déjà prévu en ce domaine par la loi du 13 juillet 1983 (article 8 de la loi initiale).

² Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, art. 4.

³ Constitution du 4 octobre 1958 : articles 20 (fonction publique de l'Etat) et 72 (fonctions publiques territoriale et hospitalière).

- ✓ Au sein de ce contexte de fonction publique, finalement assez multiforme, les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux présentent, du fait de leurs missions, de fortes spécificités. De telles caractéristiques ont motivé la mise en place d'un versant de fonction publique propre à ce secteur, concrétisée par la création du statut général de la fonction publique hospitalière⁴ et des différents statuts particuliers à caractère national pour les personnels. Les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux occupent une place particulière dans la société. Ils exercent des missions d'accueil, de prise en charge et de soins, de recherche et d'enseignement, en direction des populations et notamment des personnes vulnérables du fait de la maladie, de la dépendance, du handicap, de la précarité, du besoin de protection... Ils fonctionnent, y compris en urgence, 24 heures sur 24 sur toute l'année.
- ✓ Les établissements considérés sont, dans leur quasi-totalité, dotés de la personnalité morale. Dans ce contexte d'autonomie institutionnelle, la nécessité d'un dialogue social local prend toute son importance, étant entendu que ce niveau local de dialogue social doit également pouvoir s'épanouir dans les établissements non dotés de la personnalité morale, en particulier les établissements de l'aide sociale à l'enfance.
- ✓ Compétence, déontologie, respect d'autrui : telles sont les marques distinctives de toute profession au sein des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, quels que soient les qualifications, les origines, les métiers, les statuts, la place occupée dans l'établissement. Le dialogue social doit être à la hauteur d'une forte professionnalisation des personnels dans un environnement où de nombreuses professions de santé sont par ailleurs réglementées.
- ✓ Le secteur concerné est marqué par :
 - Une très importante majorité de femmes (80%) parmi les professionnels ;
 - Une réelle exposition des personnels aux risques professionnels et psycho-sociaux ;
 - Des difficultés récurrentes de recrutement (problème majeur de la démographie) dans certains territoires et pour certaines catégories professionnelles. En outre, les hôpitaux sont confrontés à une pression concurrentielle portant aussi bien sur les activités que sur les ressources en personnel ;
 - Un déficit d'attractivité pour les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, signalé par les participants au groupe, malgré un sentiment bien ancré d'appartenance et d'utilité sociale ;
 - Un exercice du dialogue social qui se déploie de manière différenciée en fonction des statuts, y compris pour les étudiants et les internes ;
 - Une absence d'espace de dialogue social structuré pour les praticiens hospitaliers ;
 - D'une manière générale, les membres du groupe ont plutôt noté une tendance à la dégradation des relations sociales au niveau local depuis plusieurs années, sans que ce constat puisse être mesuré finement faute d'outils disponibles.
- ✓ Dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, le dialogue social présente plusieurs formes de dualité dès lors que les acteurs peuvent être :
 - Praticiens hospitaliers titulaires, en période probatoire ou contractuels
 - Fonctionnaires titulaires et stagiaires ou agents contractuels
 - Sur emplois permanents ou sur emplois non permanents (dont les emplois précaires).

1.1. L'exercice du dialogue social local dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux : une réalité très inégale

1.1.1. Une réalité surtout pour la FPH...

⁴ Un premier statut national pour les personnels « des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics » est intervenu dès 1955.

Il est incontestable qu'une certaine culture de la pratique du dialogue social, y compris sous la forme de négociations, est nettement plus développée dans la fonction publique hospitalière que dans les deux autres versants de la fonction publique, en particulier dans la fonction publique de l'Etat.

Dans des domaines aussi variés, la liste n'en étant pas limitative, que l'amélioration des conditions de travail, la santé au travail, le développement de la promotion professionnelle, l'action sociale, l'exercice du droit syndical, les filières professionnelles, l'aménagement et la réduction du temps de travail, le dispositif licence – master – doctorat, une solide tradition de protocoles ou accords nationaux, dont certains prévoyaient une déclinaison négociée dans les établissements, s'est ancrée dans la fonction publique hospitalière et s'est concrétisée par plus d'une dizaine d'accords nationaux, le plus souvent majoritaires, durant les quinze dernières années.

A cette forme la plus aboutie du dialogue social que constitue la négociation, s'ajoute une réelle pratique de la concertation, avec certes des degrés divers de satisfaction, au sein d'organismes diversifiés : conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (et certaines de ses commissions spécialisées), observatoire des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, haut conseil des professions paramédicales... Il faut également souligner une tradition, vivante et particulièrement appréciée des hospitaliers, de gestion paritaire (Fédération Hospitalière de France et organisations syndicales de la FPH), aux échelons national et régionaux, de la formation continue et des œuvres sociales au travers d'organismes tels que notamment l'ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier)⁵ et le CGOS (Comité de Gestion des Œuvres Sociales des personnels relevant de la fonction publique hospitalière).

Cet environnement, propre à la fonction publique hospitalière, est propice au développement d'un dialogue social actif et de qualité au niveau national. Il n'est pas excessif d'observer que, dans le domaine du dialogue social, la fonction publique hospitalière s'est souvent inscrite en précurseur par rapport aux deux autres versants de la fonction publique.

1.1.2. ...mais très inégale

Les participants au groupe ont souligné que les indéniables réussites du dialogue social dans la fonction publique hospitalière s'accompagnent toutefois d'une part, d'une grande difficulté à capitaliser les acquis au niveau national et d'autre part, d'un déploiement très inégal du dialogue social au sein des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Certaines raisons en sont structurelles mais d'autres peuvent également tenir à des attitudes ou à des choix culturels.

- ✓ Un dialogue social souvent plus formel que réel surtout au niveau local. Les établissements connaissent plus un dialogue social d'instances que fondé sur des relations directes entre la direction et les représentants du personnel. Le dialogue social est trop rarement structuré en amont des projets et des problèmes, ce qui induit une dégradation des relations dans le dialogue social et des situations insatisfaisantes : apparition prématurée de la conflictualité et du rapport de force, voire du passage en force, réflexe de recours hâtifs à des arbitrages extérieurs (usage inapproprié de la médiation et de l'administration provisoire), stratégies de contournement au risque de décrédibiliser les acteurs locaux.
- ✓ Un dialogue social moins riche pour les praticiens hospitaliers. Ceux qui sont syndiqués le sont principalement dans des organisations intersyndicales de praticiens et non dans les confédérations nationales. Au-delà de quelques accords nationaux importants les concernant, les praticiens hospitaliers ne bénéficient pas d'un dialogue social à la hauteur des enjeux, de la place et des situations qui sont les leurs dans les établissements. Un exemple est cité, parmi d'autres mais significatif : le thème de la santé au travail des praticiens hospitaliers (y compris les internes et les étudiants) ne fait pas l'objet de dialogue social interne.

⁵ Par ailleurs organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la FPH.

- ✓ Un dialogue social plus difficile à structurer dans les établissements de petite taille. Il s'agit d'un des constats forts du groupe, posé dès la première séance. La fonction publique hospitalière est une fonction publique d'établissements ; ceux-ci sont nombreux et très diversifiés, allant de plusieurs milliers (plus de 80 000 à l'AP-HP) à quelques dizaines de salariés. Si la grande majorité des personnels se situe dans les moyens et gros établissements, les établissements de petite taille sont eux les plus nombreux. Cette donnée est essentielle car elle pose la question des conditions de l'exercice au quotidien du dialogue social dans des structures souvent isolées et ne disposant pas parfois d'organisations syndicales représentatives. Comment concerter et *a fortiori* négocier dans des petits établissements ? Des réponses sont possibles (*cf. infra*) et le groupe a été sensible aux conditions d'exercice du dialogue social dans ces établissements. A l'inverse, la question du dialogue social local dans les très grosses structures sanitaires en particulier mérite certainement aussi des adaptations particulières.
- ✓ Des instances au fonctionnement aléatoire.
 - Le groupe a fait le constat que les commissions médicales d'établissement, dans leur composition et leur périmètre de compétences issus de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires du 21 juillet 2009, sont moins consistantes et souvent moins le lieu privilégié d'un dialogue pourtant indispensable.
 - Les comités techniques d'établissement se sont quant à eux quelque peu délités dans leur fonctionnement au fil du temps et la loi HPST a réduit leurs attributions. Nombre de ces instances ont sombré dans une certaine routine, devenant même parfois de simples « chambres d'enregistrement » insuffisamment impliquées dans la recherche concertée des organisations adaptées aux besoins des usagers et soucieuses des conditions de vie au travail.
 - Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, devenus au contraire pour beaucoup des instances majeures depuis l'intervention de la loi HPST, sont parfois contestés dans leurs missions et modes de fonctionnement. Les textes y prévoient bien la présence de médecins, mais dans les faits, il semblerait que leur participation soit très inégale. De l'avis des participants, ces instances ne remplissent pas toujours ou remplissent mal le rôle clé qui leur est assigné par le code du travail et l'accord sur la santé au travail de 2009.
 - D'autres instances ou structures (de type conseil de pôle, collège cadres...), supports potentiels de dialogue social, qui ne font pas ou plus l'objet d'une constitution obligatoire, sont de ce fait plus ou moins présentes selon les établissements, lesquels connaissent en outre une réalité contrastée dans l'exercice du droit à l'expression directe et collective. De ce point de vue, une certaine interprétation de la loi HPST a pu conduire à un appauvrissement du dialogue social de proximité, l'idée prévalant souvent que ce qui n'est pas rendu obligatoire par la loi ou la réglementation n'est pas mis en place⁶.
- ✓ Une certaine pauvreté du dialogue social de proximité et la faible association des cadres, par ailleurs peu formés au dialogue social. Ce niveau de dialogue social est essentiel. Il est celui qui concerne les personnels au plus près de leurs situations et préoccupations quotidiennes. Il prend toute son importance dans les grandes structures, certains pôles étant très vastes. Le dialogue social reste peu développé à l'échelle du pôle et en infra-pôle, au niveau des services et des autres structures composées aujourd'hui d'équipes pluri professionnelles.
- ✓ Enfin, d'une manière générale le groupe a regretté – et a travaillé à y remédier – une trop faible implication conjointe des praticiens hospitaliers et des personnels relevant de la FPH sur des sujets qui leur sont communs, en particulier l'organisation du travail et les conditions de vie au travail.

⁶ Par exemple, si HPST n'a plus rendu le conseil de pôle obligatoire, elle ne l'a pas interdit pour autant.

1.2. Le dialogue social local : des insuffisances structurelles et des acteurs en attente

1.2.1. Des normes incomplètes, des faiblesses juridiques et des limites institutionnelles

1.2.1.1. Des règles juridiques incomplètes pour les praticiens hospitaliers

Les dispositions législatives concernant le dialogue social dans la fonction publique, que ce soit la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ou la récente loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique, ne concernent pas les praticiens hospitaliers, à l'exception juridique des personnels enseignants et hospitaliers titulaires (PUPH et MCUPH) lesquels sont fonctionnaires de l'Etat. Cette lacune juridique est préjudiciable à une pratique sûre et moderne du dialogue social impliquant les praticiens hospitaliers.

Faute de règle suffisante concernant les praticiens hospitaliers en matière de dialogue social, le groupe s'est appuyé sur les dispositions de l'accord cadre national du 24 janvier 2012 relatif à l'exercice médical à l'hôpital⁷.

Le dialogue social ne peut se déployer qu'en présence d'acteurs clairement identifiés. La détermination de la représentativité des praticiens hospitaliers résulte aujourd'hui des élections professionnelles organisées en novembre et décembre 2011 en vue de désigner leurs représentants aux commissions statutaires nationales et aux conseils de discipline, sans que d'autres critères aient été définis. Cette représentativité est déclinée au niveau régional par la désignation de leurs représentants aux commissions régionales paritaires. Par contre, à ce jour aucune modalité n'existe qui permette de mesurer la représentativité des organisations intersyndicales de PH à l'échelle des établissements. Il sera donc important pour l'avenir de déterminer des critères de représentativité à tous les niveaux pertinents.

1.2.1.2. Des règles de dialogue social et un droit des instances consultatives non adaptés à certaines réalités

Le champ d'intervention des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux est plus que jamais celui des territoires. Cette évolution est amenée à s'accroître. Sous quelque forme que ce soit (communauté hospitalière de territoire, groupement de coopération, rapprochement ou fusion d'établissements, hospitalisation ou prise en charge « hors les murs », implication des établissements dans des maisons pluridisciplinaires de santé, liens établissements-soins de ville, etc.), les établissements relevant de la fonction publique hospitalière et leurs personnels ont et auront de plus en plus à composer avec un environnement et des organisations conçus à l'échelle d'un territoire pour adapter la prise en charge des patients et des personnes accueillies autour d'un parcours d'accueil et de soins cohérent et sans rupture.

Le groupe a constaté que l'organisation et le fonctionnement des instances (CME, CTE, CHSCT...) ne se sont pas adaptés à cette nouvelle donne et qu'il s'agit d'un réel handicap pour l'exercice du dialogue social. A titre d'exemple, un chef d'établissement a indiqué au groupe qu'en raison de l'organisation territoriale retenue pour les établissements qu'il dirige, il a à faire fonctionner plus de 140 instances consultatives. De telles situations, inadaptées à un déploiement pertinent du dialogue social, tendent à se multiplier.

Ce constat se conjugue avec celui d'une réelle faiblesse, voire d'une absence dans certains cas, du dialogue social à l'échelle régionale ou territoriale. Le groupe en a débattu de manière approfondie et a convenu qu'il s'agissait d'une faille importante dans un contexte de montée en puissance du niveau régional et territorial d'intervention.

1.2.1.3. La pression du court terme financier

La contrainte financière est forte. C'est une donnée de fait avec laquelle les établissements sont tenus bon gré, mal gré de composer.

⁷ Le texte de cet accord est disponible sur le site Internet du ministère de la santé. <http://www.sante.gouv.fr/signature-d-un-accord-cadre-historique-relatif-a-l-exercice-medical-a-l-hopital.html>

Il reste que cet environnement difficile impose parfois la « dictature du court terme » dans un contexte de « rouleau compresseur financier » rappelant celui des dérives du processus de Révision Générale des Politiques Publiques pour l'Etat⁸. Une grande majorité des participants au groupe en ont donné pour preuves les nombreux contrats de retour à l'équilibre financier discutés voire imposés dans l'urgence, dans une approche trop exclusivement financière, sans réelle prise en compte d'une dimension sociale à l'échelon territorial avec des effets pervers sur la qualité, l'absentéisme, le climat social, tous éléments néfastes pour la performance durable des établissements, y compris sur le plan financier.

1.2.2. Des attentes fortes pour un dialogue social de qualité

Ces attentes fortement exprimées tout au long des travaux du groupe, en séance plénière et en réunion de sous-groupe, concernent deux aspects liés, pour partie, à la vie des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

L'un touche à l'éthique du management. Le dialogue social y est appréhendé sous l'angle des modalités d'échange au sein de l'institution autour des objectifs stratégiques et des choix d'organisation. L'autre porte sur le dialogue social en tant que composante des relations sociales sous leurs différents aspects.

- ✓ Une éthique du management qui comprend un dialogue social fondé sur l'implication des professionnels dans leur ensemble dans l'évolution de leur établissement.

Concernant l'éthique du management (Cf. fiche en annexe n° 7), il est attendu de fonder les choix de gestion :

- sur le respect de la réalisation des missions de service public ;
- sur l'association ou l'implication d'une communauté de travail, tout comme la représentation des usagers, dans la prise de décision ;
- et, en corollaire, sur un exercice pleinement assumé de leurs responsabilités, dont celles d'une régulation de l'emploi des ressources, par les responsables médicaux, les cadres, les directeurs et les équipes de direction.

Il émane, en effet, une demande générale de l'ensemble des professionnels de l'hôpital de clarification des rôles et des responsabilités de chacun.

Le souci d'une éthique du management est très fort pour ce qui concerne la définition et le fonctionnement des organisations de travail et il se vit également comme une sorte d'interpellation de la puissance publique sur les points qui suivent.

Aujourd'hui, les directeurs d'hôpital tout comme les présidents de commission médicale d'établissement n'acceptent plus une subordination « aveugle » à des impératifs financiers sans garantie de la pérennité du service public. C'est la mission qui donne du sens à l'action et permet d'intégrer les contraintes budgétaires dans une logique de préservation à la fois de l'outil de travail et de l'outil de protection sociale (les régimes d'assurance maladie en l'occurrence).

Pour ce management éthique, les professionnels attendent des directions et des divers responsables, une meilleure maîtrise de leur cadre de travail et de prise sur leur environnement professionnel. Les équipes, les collectifs de travail sont demandeurs d'écoute, de reconnaissance, d'appel à leur implication dans la conduite des projets et la réalisation des activités. Les participants au groupe ne s'inscrivent pas dans une démarche idéale, voire idéaliste. Simplement, ils attendent des responsables hospitaliers qu'ils inscrivent leur action dans des processus et modalités favorisant la participation de tous.

⁸ Voir le rapport IGAS/IGA/IGF de septembre 2012. Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'Etat. Disponible sur le site de la Documentation française. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000520/index.shtml>

Selon les niveaux de décision, on doit aller vers des décisions à tout le moins précédées d'un temps de dialogue. Là aussi, le groupe intègre bien que des choix pertinents d'organisation mais aussi des décisions éclairées et rapides sont indispensables dans un univers où l'innovation influe sur les modes de fonctionnement établis. Il reste que le succès de la performance des organisations et de la diffusion de l'innovation passe par les échanges avec les équipes dans une logique interactive entre « base » et « sommet ». Les propositions d'organisation émanant d'un dialogue avec les équipes ont plus de chance de réussir que celles imposées d'en haut.

- ✓ Un dialogue social qui permette des relations sociales plus harmonieuses.

Les enjeux de management éthique évoqués plus haut doivent aussi être appréhendés dans le champ des relations sociales.

Les organisations syndicales attendent que le dialogue social sorte du formalisme dans lequel il est parfois placé pour s'inscrire dans une démarche d'écoute réelle des préoccupations qu'elles expriment, de prise en compte des remontées du terrain.

Cette écoute doit aussi concerner les propositions qu'elles sont amenées à formuler selon l'expression des personnels, ou bien pour contribuer à régler des problèmes de fonctionnement interne. Ce temps de l'écoute est jugé nécessaire car épargnant pour la suite un temps perdu à réparer des erreurs ou une énergie dépensée à rétablir la confiance.

Du côté des directions, se manifeste le souhait, grâce à une culture du dialogue, d'un usage adapté de la procédure « des dangers graves et imminents », comme du recours aux demandes d'expertise du CHSCT et aux préavis de grève non précédés du temps nécessaire au dialogue.

Tant de la part des représentants du personnel que des directions, le conflit social se traduisant par le recours à une grève locale, ne doit pas être considéré systématiquement comme la résultante d'une absence de dialogue social. Une négociation non aboutie n'est pas non plus dans tous les cas un marqueur d'indigence du dialogue social. L'échec d'une négociation n'est pas forcément celui du dialogue social et le résultat du dialogue social ne doit pas être confondu avec son approche. Les conflits, l'impossibilité de pouvoir passer certains accords malgré des négociations sérieuses, sont aussi partie intégrante du dialogue social sans pour autant que les ponts soient coupés entre les parties. L'enjeu de relations sociales stabilisées est de pouvoir, avant, pendant et après le conflit, maintenir le dialogue et poser les jalons d'autres modalités d'accords ultérieurs.

En effet, les questions de conditions de travail et d'organisation du travail se posent régulièrement et les attentes en ce domaine portent sur l'existence d'espaces de discussion, de concertation, de dialogue aux niveaux appropriés de résolution des problèmes. Il y a donc, en permanence, matière à établir, maintenir, conforter des relations sociales de qualité.

1.3. Le tournant de la loi du 5 juillet 2010

1.3.1. Une loi fondamentale pour la FPH

La loi du 5 juillet 2010 portant rénovation du dialogue social dans la fonction publique (*cf.* en annexe n°8 le diaporama présenté en réunion plénière le 27 septembre 2012) reprend les termes des accords de Bercy signés en juin 2008 avec six organisations syndicales de fonctionnaires. Elle repose donc sur une double légitimité très forte issue de la démocratie sociale, comme de la démocratie politique.

Cette loi incite les acteurs à négocier - à tous les niveaux pertinents - de tous les sujets qui concernent la vie des agents et des établissements : évolution des rémunérations, conditions de travail, organisation du travail et du télétravail, déroulement des carrières et promotion professionnelle, formation professionnelle continue et développement professionnel continu, action sociale et protection sociale complémentaire, etc.

Une négociation initiée à un niveau inférieur ne peut pas remettre en cause le résultat d'une négociation de niveau supérieur (respect du principe de faveur), mais elle peut en améliorer l'économie générale dans le respect de ses stipulations essentielles. Cela permet aux acteurs locaux de mettre en œuvre les accords nationaux en tenant compte de leurs spécificités ou de négocier sur des points concrets qui ne sont pas encadrés par un texte national.

Cette loi détermine aussi que la représentativité des organisations syndicales est assurée par le résultat des élections aux comités techniques⁹ (élections auxquelles participent tous les agents de la fonction publique).

Elle précise que la validité d'un accord requiert à partir de janvier 2014 la signature d'organisations syndicales ayant recueilli au moins 50% des suffrages aux dernières élections professionnelles (principe de l'accord majoritaire).

Elle crée un conseil supérieur commun de la fonction publique qui a en charge des sujets transverses que ne traiteront pas les trois conseils spécifiques correspondant aux trois versants de la fonction publique (Etat, territoriale et hospitalière). Elle prévoit enfin que les moyens du dialogue social seront adaptés aux nouveaux enjeux du dialogue.

La feuille de route issue de la grande conférence sociale de juillet 2012 affirme que le nouveau cadre créé par la loi de 2010 « doit à la fois être pleinement appliqué, mais aussi être complété pour donner aux différents acteurs, les moyens de jouer pleinement leur rôle. Il s'agit désormais d'ancrer dans le fonctionnement de l'ensemble des administrations les nouveaux outils et les nouvelles méthodes du dialogue social et de donner toute sa place à la négociation».

1.3.2. Les limites de la loi

- ✓ Les cheminements respectifs de la loi du 5 juillet 2010 et de la loi HPST du 21 juillet 2009 ont été conduits sans aucune articulation. Il s'ensuit que, pour l'hôpital, aucun des deux textes ne prévoit de disposition prenant en compte les praticiens hospitaliers. Leur statut d'agent public titulaire sous statut national d'emploi leur confère en effet un cadre législatif (code de la santé publique) et réglementaire (décret en Conseil d'Etat) spécifique et distinct des règles applicables à la fonction publique.
- ✓ Comme l'ont souligné nombre de participants au groupe 2, les institutions ne vivent que par les femmes et les hommes qui les animent. L'incitation de la loi à négocier ne crée pas l'aptitude des dirigeants et cadres à engager des négociations loyales, pas plus qu'elle ne suffit à inciter les responsables syndicaux à initier ou mener des négociations sur des sujets comme l'organisation et les conditions de travail, la santé, la formation, ... Les membres du groupe 2 ont insisté sur l'impérieuse nécessité de favoriser la préparation des acteurs à la négociation. Cela peut prendre diverses formes complémentaires (*cf. infra* : les propositions du groupe).
- ✓ La pression financière générale amène les directions d'établissement à agir souvent dans l'urgence. Elles conduisent donc des démarches techniques sans toujours prendre en compte l'avis des agents concernés et de leurs représentants. Il s'ensuit un climat tendu et des résultats le plus souvent décevants. Un assez large consensus s'est fait dans le groupe pour reconnaître qu'il serait plus efficace à tous égards de prendre le temps de la concertation, voire de la négociation lorsqu'elle est possible, pour identifier avec les personnels – praticiens hospitaliers et personnels non médicaux et leurs représentants (OS FPH et PH) et CTE, CHSCT, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) – les contraintes, les marges de manœuvre, les pistes d'amélioration réalistes et leurs conditions de mise en œuvre pour atteindre le meilleur équilibre possible entre qualité des soins aux patients et de prise en charge des personnes accueillies, qualité de vie au travail des professionnels, efficacité économique et performance sociale.

Le Professeur COLOMBAT, du CHU de Tours, à l'occasion de son audition devant le groupe, a bien montré la forte corrélation qui existe entre les deux premiers éléments de cette relation¹⁰.

⁹ Comités techniques d'établissements pour la FPH.

¹⁰ *Cf.* l'ouvrage : « Qualité de vie au travail et management participatif », sous la direction de Philippe COLOMBAT. Editions Lamarre.

2. FAIRE VIVRE LE DIALOGUE SOCIAL LOCAL : LES CONDITIONS DE LA REUSSITE. LES PROPOSITIONS DU GROUPE.

Une volonté commune pour agir

Le groupe a consensuellement arrêté quelques éléments forts d'une volonté commune à l'appui de ses propositions.

Le dialogue social doit avoir du sens et servir aux acteurs. Il doit donc occuper toute sa place au sein des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, c'est-à-dire une place centrale, au même titre par exemple que les projets stratégiques de l'établissement ou son budget.

Le dialogue social doit être au cœur de toutes les problématiques des établissements. Il doit irriguer tous les aspects de la vie des structures, de la direction jusqu'aux équipes de travail. Il est impératif que tous les acteurs soient convaincus qu'un établissement ne peut correctement fonctionner qu'avec un dialogue social de qualité.

Plus que jamais, le moment est venu de conjuguer – et non plus d'opposer – la qualité des soins aux patients ou de la prise en charge des personnes accueillies et la qualité de vie au travail pour les professionnels. Un dialogue social loyal et vivant constitue une condition *sine qua non* pour la conciliation tant nécessaire de l'efficacité médico-économique et de la performance sociale.

La démocratie sociale

Le nouveau cadre législatif dans lequel s'exerce le dialogue social au sein de la fonction publique invite à promouvoir ce qu'il est convenu d'appeler la démocratie sociale à tous les niveaux pertinents. « La démocratie sociale repose sur le contrat, c'est-à-dire un engagement négocié des acteurs ». ¹¹

Il s'agit ainsi, selon les cas, de préserver, de renforcer ou d'instaurer la culture du dialogue social dans chaque établissement et à tous les niveaux auquel il s'exerce, par une implication de chacun des acteurs.

Un dialogue social crédible, redisons-le, ne peut résulter que de la volonté des parties, à quelque niveau qu'elles se situent : gouvernement, ministre, directeur général d'ARS, préfet de département – direction départementale en charge de la cohésion sociale – directeur-chef d'établissement, chef de pôle, praticien hospitalier responsable de pôle, de service ou d'autre structure interne, cadre, représentant des organisations syndicales, salarié.

Des objectifs prioritaires

Dans la troisième phase de ses travaux, le groupe a activement travaillé à faire apparaître les grands objectifs et thèmes dont doivent s'emparer prioritairement les acteurs du dialogue social local, au plus près du terrain. A cette occasion, un consensus s'est dégagé sur l'importance des objectifs et thèmes d'intérêt partagé pour les deux communautés, médicales et non médicales. Des fiches et tableaux en annexes n° 9 présentent en détail le résultat des travaux du groupe.

Le groupe organise ses propositions autour de deux orientations structurantes :

- renforcer les fondations du dialogue social
- vivre et progresser ensemble par le dialogue social.

Il a retenu quelques idées forces déclinées dans les sept principes d'action suivants :

Clarifier – Reconnaître – Responsabiliser – Cerner – Sécuriser – Outiller – Evaluer

En effet, le groupe a, au fil de ses travaux, unanimement acquis la conviction forte que les propositions qu'il avait à faire, reposant sur ses constats, n'avaient de chance d'être opérationnelles et couronnées de succès que si elles répondaient à une double préoccupation : pour vivre et progresser au quotidien, au plus près des personnels, dans les

¹¹ Laurent TERTRAIS in « La promesse syndicale, quel syndicalisme pour le XXIème siècle ? » (Michalon 2012)

établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux (2.2), le dialogue social doit reposer sur des fondations consolidées dans tous les domaines, gages des conditions même de sa réussite (2.1).

2.1. Renforcer les fondations du dialogue social à tous les niveaux (8 recommandations)

2.1.1. D'abord clarifier

Paraissant simple dans son approche conceptuelle, la notion de dialogue social revêt pourtant une réalité complexe dans son exercice. Une maîtrise insuffisante de quelques paramètres essentiels peut expliquer des situations de frustration voire d'échec. Il convient donc de « remonter aux sources » du dialogue social pour poser quelques préalables et répondre clairement à quelques questions fondamentales.

C'est pour s'inscrire dans cette démarche que le groupe s'est livré, dans la deuxième phase de ses travaux, à un travail d'analyse des thèmes susceptibles de faire l'objet d'un dialogue social en examinant les différentes modalités de mise en œuvre de ce dialogue social. L'exploitation des réponses au questionnaire construit à cette occasion figure en annexe n° 4 du présent rapport. Les réponses à la version informatisée du questionnaire sont suffisamment nombreuses (14 réponses validées pour 30 organisations régulièrement participantes aux travaux du groupe et pour 59 destinataires du questionnaire au total)¹² pour constituer une indication intéressante des positions du groupe sur ses souhaits pour les constituants et modalités de mise en œuvre du dialogue social de demain. A l'exploitation du questionnaire sont venues s'ajouter des réponses aux mêmes questions, sous des formes diverses (tableau Excel, Word), également mises en annexes et que l'équipe d'animation a collationnées pour en tirer un ensemble d'indications très riches à l'appui des propositions du groupe.

Y voir clair en matière de dialogue social, c'est au préalable s'entendre sur sa définition et répondre aux questions suivantes : de quoi parle-t-on ? - quels sujets traite-t-on ? - à quel niveau ? - sous quelle forme ? - avec qui ?

2.1.1.1. Qu'entend-t-on par dialogue social ?

Le groupe s'est majoritairement arrêté sur la définition qu'en donne l'organisation internationale du travail¹³ : « Le dialogue social inclut toutes formes de négociation, de consultation ou simplement d'échange d'informations entre représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs sur des questions d'intérêt commun liées à la politique économique et sociale ».

Il peut donc s'agir :

- D'un dialogue de proximité au sein des établissements. Ce dialogue de proximité ne doit pas être confondu avec des relations humaines ordinaires entre collègues ou entre membres d'une communauté de travail ;
- D'un dialogue au sein d'instances consultatives, paritaires ou non ;
- De relations directes entre employeurs/décideurs et organisations syndicales.

2.1.1.2. Sur quels sujets porte le dialogue social ?

Il est important de souligner que le dialogue social se justifie d'abord par son contenu, son objectif plus que par des règles et ensuite qu'aucun sujet concernant la relation entre les agents et les établissements n'échappe au dialogue social.

¹² Dans un souci de bonne information et de transparence, l'équipe d'animation du groupe a fait adresser le questionnaire à l'ensemble des participants potentiels (ceux qui ont reçu une invitation à la première séance plénière). 59 invitations ont été adressées à ce titre. Dans ces conditions, plusieurs invitations à répondre ont été envoyées pour une même organisation (syndicale ou professionnelle) ou institution. Par ailleurs, certains destinataires, bien que participant régulièrement aux réunions du groupe, n'avaient pas à répondre au questionnaire (par exemple, les membres de l'équipe d'animation ou bien telle ou telle personne qualifiée). La différence entre les 59 invitations et les 30 organisations s'explique ainsi.

¹³ <http://www.ilo.org>

Ce préalable étant établi, les partenaires du dialogue social local (employeurs/directeurs et salariés dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux) ont évidemment avantage à accorder une attention toute particulière, voire la priorité, aux sujets d'intérêt commun aux praticiens hospitaliers et aux personnels de la fonction publique hospitalière. Nous aurons l'occasion de revenir en détail sur cette question importante (*cf. infra* 2.2.1.3.2).

2.1.1.3. A quel niveau s'exerce le dialogue social ?

Le dialogue social peut se déployer :

- Au niveau de l'établissement public sanitaire, social ou médico-social et en son sein, quelle que soit la dénomination retenue pour l'unité de travail : pôle, service, département, unité fonctionnelle, toute autre structure, équipe pluri-professionnelle ;
- Au niveau externe (extérieur à l'établissement), c'est-à-dire aux niveaux territorial, régional, inter-régional, national, européen voire international. Les secteurs de la santé, du social et du médico-social relèvent, ainsi que cela a déjà été indiqué, des services d'intérêt général dont certaines règles sont fixées à l'échelle de l'Union européenne ou au niveau international (par exemple les organismes spécialisés de l'ONU, les directives européennes sur le temps de travail ...).

2.1.1.4. Quelle forme prend le dialogue social ?

Au sens majoritairement retenu par le groupe, le dialogue social peut prendre quatre formes qu'il convient de bien distinguer. « Information », « consultation », « concertation », « négociation », sont autant de modalités qui participent du dialogue social.

Elles peuvent s'interpénétrer, chacune remplissant une fonction particulière.

- Information : tout évènement, tout fait, tout jugement porté à la connaissance d'un public plus ou moins large, sous forme d'images, de textes, de discours. Information ascendante (trop souvent ignorée) et information descendante ;
- Consultation : recueil d'avis, tour de table plus ou moins exhaustif des opinions en présence ;
- Concertation : action visant à s'entendre pour agir de concert ;
- Négociation : discussions entre des partenaires au dialogue social menées en vue d'aboutir à un accord sur les problèmes posés à partir d'objectifs convenus.

A l'évidence, mais il n'est pas inutile de le rappeler, la confrontation brutale, les modes de contraintes sans respect des parties (décisions imposées d'emblée, pressions sur les personnes, séquestrations),...sont des formes de relations sociales qui ne relèvent pas du dialogue social.

Proposition n°1 : Aider les acteurs à s'approprier les contenus, les niveaux et les formes du dialogue social

2.1.1.5. Quelles sont les parties au dialogue social ?

S'agissant des acteurs du dialogue social au sein des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, quelques particularités sont à signaler.

- L'employeur

L'employeur est le représentant légal de l'établissement : directeur-chef d'établissement dans les établissements dotés de la personnalité morale, président de l'organe délibérant de la collectivité territoriale pour les établissements non personnalisés ;

- Les praticiens hospitaliers

Il s'agit en particulier des chefs de pôle¹⁴, des responsables des structures internes (service, unité fonctionnelle, département, etc.) ;

¹⁴ Cette définition, qui englobe les chefs de pôle parmi la catégorie des praticiens sans en faire un acteur spécifique du dialogue social, a été longuement discutée au sein du groupe, qui *in fine* l'a majoritairement retenue.

o Les cadres hospitaliers

Traditionnellement¹⁵, quatre missions principales se dégagent pour les cadres hospitaliers :

- une mission de management d'équipes et d'organisations ;
- une mission transversale ou de responsabilité de projet ;
- une mission d'expertise ;
- une mission de formation (initiale ou continue).

Le groupe a retenu une définition fonctionnelle pour les cadres hospitaliers devant être considérés comme partie, en tant que telle, au dialogue social et a donc estimé que seuls les cadres « encadrant » étaient concernés à ce titre. Est cadre encadrant tout agent investi d'une fonction d'encadrement de personnels, quelle que soit la part qui y est consacrée dans son temps de travail et quel que soit le niveau de l'encadrement exercé (cadre de pôle, cadre de proximité...) et la catégorie socio-professionnelle concernée. Les cadres hospitaliers « non encadrant » participent, quant à eux, au dialogue social au même titre que l'ensemble des salariés de l'établissement.

Proposition n°2 : Identifier clairement les acteurs du dialogue social à tous les niveaux, de l'établissement au niveau national

2.1.1.6. Quel degré d'autonomie d'une négociation se situant à un niveau autre que national ?

Le niveau local du dialogue social a, conformément aux objectifs qui lui ont été fixés, focalisé l'attention du groupe. Dès lors, s'est posée d'emblée la question de l'articulation entre le niveau local et les autres niveaux du dialogue social.

Le groupe a distingué trois degrés d'autonomie du processus de dialogue social et, en particulier, de la négociation, qui en constitue sa forme la plus novatrice dans la fonction publique, par rapport au niveau national :

- o pleine autonomie : intervention du dialogue social exclusivement au niveau local. Niveau de « première intention », sans préexistence d'un cadrage ou de l'exigence de mise en œuvre d'un accord intervenu à un niveau supérieur ;
- o déclinaison locale : intervention du dialogue social local avec préexistence d'un cadrage national (avec ou sans accord national) mais accompagnée de marge de manœuvre au niveau local (principe de faveur) ;
- o application directe : intervention du dialogue social local sans aucune marge de manœuvre, en application d'un cadrage ou d'un accord de niveau national, par exemple prévu par un texte législatif ou réglementaire, une circulaire etc.

Proposition n°3 : Inviter les acteurs du dialogue social à s'assurer de leur degré d'autonomie avant d'engager toute négociation

2.1.2. Sécuriser

De réelles faiblesses juridiques ont été relevées (Cf. *supra* le paragraphe 1.2.1), pouvant constituer de sérieux obstacles pour un dialogue social de qualité dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La sécurisation juridique du dialogue social constitue une des conditions indispensables à son épanouissement. A cet égard, il n'est pas acceptable que l'environnement juridique du dialogue social soit aussi peu fiable pour 115 000 professionnels, praticiens hospitaliers titulaires, en période probatoire et contractuels, internes ou faisant fonction d'internes en médecine, pharmacie et odontologie, sans compter les étudiants.

¹⁵ Cf. le rapport de la mission Cadres Hospitaliers, présenté le 11 septembre 2009 à la ministre de la santé et des sports par Chantal DE SINGLY (rapporteur général : Bernard VERRIER). <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000432/index.shtml>

2.1.2.1. Sécuriser le cadre juridique d'exercice du dialogue social pour les praticiens hospitaliers

Un dispositif juridique doit être mis en place, au niveau pertinent (loi ou décret en Conseil d'Etat) pour permettre aux praticiens hospitaliers de s'inscrire à part entière dans un champ de dialogue social identique à celui de la loi du 5 juillet 2010 et de tous les textes régissant le dialogue social pour les personnels de la fonction publique hospitalière.

Il est indispensable que l'ensemble des professionnels des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux puisse être acteur du dialogue social selon des approches identiques voire partagées de droits et d'obligations.

Proposition n°4 : Favoriser le dialogue social pour les praticiens hospitaliers dans un cadre juridique sécurisé

2.1.2.2. Traiter la question de la représentativité syndicale des praticiens hospitaliers

Des règles distinctes entre secteur privé et fonction publique

Pour expliquer la représentativité syndicale des praticiens hospitaliers, il est important de rappeler les critères qui prévalent dans le secteur privé et dans la fonction publique.

Le dialogue social dans le secteur privé repose sur la représentativité des organisations syndicales qui leur permet de conclure, au sein de l'entreprise, de la branche ou encore au niveau national, des accords applicables à l'ensemble des salariés visés par l'accord.

En effet, alors que certains pays exigent que le salarié revendiquant l'application des dispositions d'un accord syndical soit adhérent à l'un des syndicats signataires, le système français repose sur une application générale de l'accord à tous les salariés visés.

Les nouveaux critères de représentativité définis par la loi du 20 août 2008, sont le respect des valeurs républicaines, l'indépendance, la transparence financière, une ancienneté minimale de deux ans dans le champ professionnel et géographique couvrant le niveau de négociation, l'influence, l'effectif, les cotisations et surtout l'audience. Cette dernière condition, prépondérante, impose à un syndicat de recueillir au premier tour des élections professionnelles, dans une entreprise, au moins 10% des suffrages exprimés.

Le dialogue social dans la fonction publique est différent de celui applicable au secteur privé. Le préambule de la Constitution de 1946 reconnaît aux fonctionnaires (titulaires et stagiaires), comme aux salariés (contractuels), une série de droits sociaux tels que le droit syndical, le droit de grève dans le cadre des lois qui le règlementent et le droit à la participation à la gestion et au fonctionnement de l'administration au sein d'instances consultatives (CSFP, CSFPH, CTE, CTP, CHSCT, CAP, CCP, CHSCT principalement).

Il faut rappeler qu'actuellement le statut de la fonction publique s'articule autour de quatre lois fondamentales :

- La loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires (loi commune aux trois fonctions publiques), dite « Titre I » ;
- La loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, dite « Titre II » ;
- La loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, dite « Titre III » ;
- La loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dite « Titre IV ».

Si le statut de 1983 reconnaît le droit à la négociation salariale préalable à la détermination de l'évolution des rémunérations, il ne s'agit pas d'un système équivalant à la négociation collective dans le secteur privé, dans la

mesure où l'accord n'est pas suffisant à lui seul, d'un point de vue normatif, puisqu'une disposition législative ou réglementaire est nécessaire pour son application.

Enfin, la loi du 5 juillet 2010 rompt avec la présomption de représentativité héritée de l'après-guerre. Dorénavant, la représentativité repose notamment sur le vote de l'ensemble des personnels titulaires et contractuels de droit public et de droit privé. Elle a été mesurée ainsi pour la première fois dans la fonction publique hospitalière en octobre 2011. Pour être représentative au niveau de l'établissement, une organisation syndicale doit avoir au moins un élu au comité technique d'établissement.

Désormais, dans le secteur privé comme dans la fonction publique, la représentativité nationale découle de la consolidation des résultats dans les entreprises ou les sites.

La situation particulière des praticiens hospitaliers publics

Pour ce qui est des organisations syndicales de praticiens hospitaliers, jusqu'aux élections professionnelles de novembre-décembre 2011, leur représentativité (celle formelle pour leur participation dans les instances nationales et régionales mais aussi généralement celle informelle pour la négociation d'accords nationaux, seul niveau jusqu'ici mis en œuvre) des organisations syndicales de praticiens hospitaliers était établie sur la base des résultats obtenus par chacune d'entre elles pour la désignation de leurs représentants aux commissions statutaires nationales et aux conseils de discipline, instances consultatives en charge de situations individuelles.

Quatre organisations intersyndicales ont constitué le socle historique de stabilité à partir duquel a été établie la représentativité des personnels médicaux exerçant dans le secteur public.

L'originalité de cette construction réalisée de manière pragmatique, sans texte opposable, en permettant toutes les combinaisons de regroupement possibles lors des élections professionnelles nationales, n'a pas semblé nécessiter jusqu'ici la définition de critères de représentativité, contrairement au secteur privé et à la fonction publique. Il aurait pourtant été souhaitable que des critères aient été préalablement et précisément définis, comme le souhaitaient les organisations intersyndicales de praticiens hospitaliers.

Aujourd'hui, la modification du paysage intersyndical, née de la création de nouvelles organisations intersyndicales, issues parfois de la scission de certaines appartenant au socle historique, justifie encore davantage de clarifier les critères de représentativité aux différents niveaux. La définition de tels critères devient désormais incontournable si l'on veut fonder une légitimité incontestable au plan du droit et des pratiques du dialogue social, tel qu'il est préconisé dans ce rapport.

Les participants au groupe 2 ont en effet largement convergé autour de l'idée d'associer davantage les praticiens hospitaliers, au sein des établissements, au dialogue sur des sujets comme l'organisation du travail, l'organisation et la gestion des temps, l'articulation entre le temps médical et paramédical, la santé au travail...

A ce stade, il est important de rappeler que les quelque 8 000 personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires, dits « personnels bi-appartenant » (hospitalo-universitaires) sont, par exception, des fonctionnaires de l'Etat car en droit statutaire la partie universitaire de leur activité l'emporte sur la partie hospitalière.

Par contre, les 115 000 praticiens - en nombre de personnes physiques en 2010, sans les étudiants - dont 45 000 praticiens hospitaliers gérés au niveau national (outre les 8 000 personnels hospitalo-universitaires pour la partie hospitalière de leur activité) ont des statuts spécifiques en tant qu'agents publics, selon qu'ils sont titulaires et en période probatoire (notion équivalente à celle de stagiaire dans la fonction publique) ou contractuels (nombreux statuts relevant de cette catégorie). Il en va de même pour les étudiants et internes en médecine, pharmacie et odontologie.

L'élaboration, aujourd'hui indispensable, de critères doit permettre demain (notamment pour préparer les prochaines élections professionnelles prévues en 2016), d'une part, d'asseoir la représentativité de manière incontestable des organisations intersyndicales des personnels médicaux dans le cadre du dialogue social formel au travers de la vie des instances consultatives nationales (commissions statutaires nationales, conseils de discipline), régionales (conférence, commission ou comité régional(e)), et locales (sous-commission du CHSCT notamment) et,

d'autre part, d'assurer leur participation aux autres formes de dialogue social à tous les stades, en allant de l'information, à la consultation et à la concertation et jusqu'à la négociation.

La mise au point de critères suffisants, à la fois simples et précis, aura pour avantage de clarifier la relation entre les organisations intersyndicales de praticiens hospitaliers et l'Etat central, régional et les établissements. Ils pourraient s'inspirer de certains éléments fondamentaux retenus pour la fonction publique, notamment. Il convient toutefois de préciser que, dans l'immédiat, la représentativité des organisations intersyndicales de praticiens hospitaliers repose sur les résultats obtenus lors des élections professionnelles intervenues en novembre – décembre 2011 pour la désignation de leurs représentants aux commissions statutaires nationales et aux conseils de discipline.

Proposition n°5 : Engager au premier semestre 2013 une concertation sur la question de la représentativité syndicale des praticiens hospitaliers pour préparer notamment les prochaines élections professionnelles prévues en 2016

2.1.2.3. La négociation, la hiérarchie des normes et le principe de faveur

Il n'est pas excessif d'affirmer que les dispositions de la loi du 5 juillet 2010 constituent une véritable « révolution culturelle » en matière de dialogue social dans le secteur de la fonction publique, sous ses trois versants. Dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux (fonction publique hospitalière), l'élargissement des thèmes susceptibles de faire l'objet de négociation (*Cf. infra* § 1.3) pose une double question.

En premier lieu, doit être évoqué le sujet de la répartition des responsabilités de négociation en fonction des thèmes. En second lieu, le cadre juridique de la négociation doit être précisé, en particulier au regard du principe de hiérarchie des normes et de la mise en œuvre, à un niveau inférieur, d'un accord conclu au niveau supérieur.

La répartition des responsabilités de négociation

Dans le champ de la fonction publique hospitalière et du statut des praticiens hospitaliers, les responsabilités de négociation peuvent relever de niveaux différents selon les thèmes retenus.

Ces niveaux doivent être clairement identifiés. Certains thèmes touchant à la vie au travail (temps de travail par exemple) et à la situation statutaire des professionnels, peuvent relever du niveau international ou européen (directives transposées en droit interne). D'autres relèveront du niveau national.

Une des principales nouveautés introduite par la loi du 5 juillet 2010 réside dans la place primordiale dorénavant aménagée pour un dispositif de négociation inférieure au niveau national. Les thèmes concrets pouvant faire l'objet d'une négociation au niveau local sont évoqués au chapitre 2.2.1.3 du présent rapport.

Au préalable, il est indispensable pour l'ensemble des acteurs de disposer d'une vision claire de l'ensemble des sujets pertinents pouvant faire l'objet d'une négociation à l'échelle des établissements.

Le groupe préconise une concertation au niveau national réunissant les représentants du ministère des affaires sociales et de la santé et les organisations syndicales représentatives des professionnels (praticiens hospitaliers et personnels de la FPH) des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en vue de répartir les responsabilités en fonction des thèmes soumis à la négociation.

Le cadre juridique de la négociation

Promouvoir le développement d'une véritable culture de la négociation à tous les niveaux où celle-ci peut s'exercer exige une représentation claire du cadre juridique de la négociation et de son résultat (accords signés).

Si la validité des accords est bien cernée par la loi du 5 juillet 2010¹⁶, il importe de bien préciser d'une part, l'absence de valeur juridique d'un accord conclu par la négociation et d'autre part, le cadre juridique de mise en œuvre, à un niveau inférieur, d'un accord conclu au niveau supérieur.

Au nom du maintien de la hiérarchie des normes dans un système de fonction publique :

- l'accord conclu, à quelque niveau que ce soit, n'a pas de valeur juridique en tant que telle. Il a une valeur d'engagement « moral et politique » pour les signataires ;
- la loi précitée de 2010 n'a pas prévu que le résultat de la négociation puisse, à lui seul, remettre en cause la position statutaire et réglementaire dans laquelle sont placés les fonctionnaires et autres agents publics sous statut. Ces derniers restent régis par les lois et règlements qui leur sont applicables et les accords qui seraient négociés sur des aspects statutaires exigeraient, pour s'appliquer, d'être traduits par des textes de niveau pertinent.

Dans le cadre de la loi précitée, des négociations peuvent être engagées à un niveau inférieur à la suite d'un accord conclu à un niveau supérieur.

Dès lors, deux cas peuvent se présenter :

- L'accord prévoit des déclinaisons de niveau local et il revient à chaque autorité compétente (employeur/décideur) d'engager des négociations. Un tel accord peut prévoir des bornes entre lesquelles la marge de manœuvre locale s'exercera valablement;
- L'accord conclu ne prévoit pas expressément de déclinaisons et il appartient à l'autorité compétente d'apprécier la nécessité d'une déclinaison de cet accord au niveau local ;

Dans tous les cas, si une négociation s'engage à un niveau inférieur, elle ne peut avoir pour objet que de préciser la négociation de niveau supérieur ou en améliorer l'économie générale dans le respect de ses stipulations essentielles (principe de faveur).

Proposition n°6 : Faire vivre le dialogue social à tous les niveaux (inter-fonction publique, national, inter-régional, régional, territorial, et local), en respectant le principe de faveur

2.1.3. Responsabiliser

Les signataires des accords de Bercy de juin 2008 ont fortement exprimé la nécessité que tous les acteurs prennent leurs responsabilités, en s'engageant dans une pratique beaucoup plus étendue de la négociation.

C'est pourquoi, ils estiment nécessaire de disposer de réelles marges de manœuvre (cf. *infra* paragraphe 2.2.1.3.) pour donner du sens à cette démarche et permettre de déboucher sur des compromis solides, concrétisant la construction des relations sociales dans un climat durable de confiance. La démarche des premiers contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), conçus au plus près du terrain, constitue un bon exemple à encourager.

Les participants au groupe 2 ont insisté sur les droits et obligations des parties à la négociation dans de tels accords notamment sur le respect des engagements en termes de contenu, délai de mise en œuvre, qualité du suivi et évaluation.

Proposition n°7 : Préciser les droits et obligations de l'ensemble des parties à la négociation

2.1.4. Reconnaître

Les participants au groupe ont unanimement insisté sur l'impérieuse nécessité d'asseoir et de développer la reconnaissance du dialogue social dans le champ des établissements publics de santé sociaux et médico-sociaux.

¹⁶ Rappel à propos de la validité d'un accord. 1) période transitoire (jusqu'au 31.12.2013) avec une ou plusieurs organisations ayant recueilli plus de 20% du nombre de voix si pas d'opposition d'organisations représentant une majorité de voix. 2) période pérenne : à compter du 1.1.2014, les signataires devront avoir recueilli au moins 50% des suffrages aux dernières élections professionnelles (principe de l'accord majoritaire).

Cette reconnaissance renvoie à l'appropriation de la culture du dialogue social par tous les acteurs : pouvoirs publics, directeurs généraux des ARS, préfet de département - direction départementale en charge de la cohésion sociale - employeurs et décideurs, praticiens hospitaliers responsables, cadres, organisations syndicales des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière.

Les acteurs doivent posséder, sur l'ensemble des sujets concernant la vie de l'établissement, le réflexe « dialogue social » et s'organiser en conséquence. La démocratie sociale, fondée sur le contrat, ne peut s'épanouir dans les établissements que par une volonté commune et affichée dans un engagement sincère.

Le groupe préconise l'élaboration d'une charte engageant l'ensemble des acteurs pour un dialogue social loyal, ouvert, actif et opérant dans le champ des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Cette charte reprendrait, entre autres, les différents éléments exposés dans le présent chapitre et visant à renforcer les principes fondamentaux du dialogue social.

Proposition n°8 : Elaborer une charte du dialogue social, à tous ses niveaux d'expression, pour l'ensemble des acteurs du secteur public sanitaire, social et médico-social

2.2. Pratiquer le dialogue social à tous les niveaux. Vivre et progresser ensemble par le dialogue social (22 recommandations)

L'affirmation et le renforcement des principes fondamentaux du dialogue social doivent s'accompagner d'une volonté inlassable de le faire vivre au quotidien, au plus près des professionnels.

Le dialogue social repose sur des processus, des structures et des instances, mais aussi sur les femmes et les hommes qui les animent.

Cet ultime chapitre du rapport du groupe s'inscrit dans une dynamique rassemblant ces deux aspects, structurels et humains, indispensables pour entretenir un dialogue social efficient et confiant.

2.2.1. Promouvoir, soutenir et conduire le dialogue social¹⁷

Les différentes orientations qui suivent sont essentiellement traitées au niveau des établissements, ainsi que la lettre de mission le prévoit. Le niveau national et le niveau territorial seront certes considérés mais en complément, pour veiller à la cohérence des niveaux d'intervention du dialogue social.

La promotion, le soutien et la conduite du dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux nécessitent l'association des professionnels aux divers projets de l'établissement (démarche de management participatif), une redynamisation des instances de concertation et une montée en puissance de la négociation. Toutes les opportunités de dialogue social doivent ainsi être exploitées.

2.2.1.1. Associer les professionnels aux projets des établissements

Dire qu'accueillir, soigner et accompagner le patient, la personne âgée ou handicapée et assurer la qualité et la sécurité de leur prise en charge est et reste l'une des plus belles et des plus nobles missions du service public, paraît une évidence.

Pourtant, les exigences et les contraintes qui pèsent sur les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux depuis de nombreuses années peuvent en faire douter, même si tous les acteurs reconnaissent que l'adaptation du service public aux besoins est juste et légitime.

¹⁷ Cette partie comporte des extraits du rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé présenté au Ministre chargé de la santé par Michel YAHIEL et Danielle TOUPILLIER – janvier 2012. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000134/index.shtml>

Dans un contexte en permanente et forte évolution, il est donc essentiel de resituer la place des usagers pour leur offrir des conditions de prise en charge rapide, rassurante et efficace. Il en va de même pour les professionnels qui les soutiennent et attendent qu'un sens soit donné à leur engagement quotidien.

Pour cela, il faut avoir une vision institutionnelle claire et adaptée et la faire partager.

Une telle démarche suppose une capacité réelle d'anticipation, une faculté nécessaire d'adaptation et une reconnaissance effective de l'implication de l'ensemble des acteurs, professionnels et usagers du système sanitaire, social et médico-social, qu'ils soient directeurs, membres de l'équipe de direction, doyens, présidents de commission médicale d'établissement, chefs de pôle, chefs de service ou d'autres structures, cadres, représentants des usagers ou des syndicats médicaux et hospitaliers.

2.2.1.1.1 L'importance du dialogue social informel et du management participatif

Le dialogue social informel, au sens où son déploiement n'exige l'intervention d'aucune instance au plan juridique, prend une importance toute particulière dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il doit être encouragé, ne serait-ce qu'en raison de sa complémentarité avec les formes organisées du dialogue social.

La loi hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 n'a pas prévu d'encadrement juridique pour assurer la promotion homogène du droit à l'expression libre et collective des professionnels, en considérant que la liberté d'organisation de ce dialogue social de proximité devait être privilégiée.

Revenir à un conseil de pôle dans l'esprit de l'ordonnance de mai 2005 est une des options majeures proposée par un grand nombre de représentants institutionnels et professionnels, sans toutefois recueillir une unanimité.

Une solution intermédiaire pourrait être :

- d'une part, de confirmer l'intérêt d'une constitution en pôles pour tous les établissements hospitaliers, à l'exception des hôpitaux où la pertinence de ce type de structures n'est pas mise en évidence aujourd'hui (petits établissements hospitaliers en particulier) ;
- d'autre part, de recréer un espace de dialogue social de type conseil de pôle pour les activités cliniques et médico-techniques et de type conseil de service pour toutes les autres activités (administratives, socio-éducatives, techniques et ouvrières...), sans toutefois formaliser un cadre trop contraignant. Une adaptation de même nature pourrait également être prévue pour les établissements de santé de petite taille pour lesquels l'organisation en pôle n'aurait que peu ou pas de pertinence, ainsi que pour les établissements sociaux et médico-sociaux. L'essentiel est de disposer d'une structure adéquate pour traiter des activités des services, en allégeant sa composition et son fonctionnement pour en faire un véritable lieu d'information et d'échange.

Les représentants désignés au sein de ces structures pourraient être l'utile relais d'une information la plus objective, la plus exhaustive, la plus rapide et la plus régulière possible sur la base de documents communs et partagés entre le chef de pôle, le chef de service ou le responsable des autres structures, le cadre et l'espace de dialogue social constitué au sein du pôle ou du service.

Proposition n°9 : Encourager et ménager des espaces de dialogue social informel et promouvoir le management participatif

2.2.1.1.2 Le dialogue social et les projets stratégiques de l'établissement

Le cadre juridique actuel définit les projets stratégiques de l'établissement.

Le premier acte qui arrête les grandes orientations de l'établissement repose sur le contrat d'objectifs et de moyens conclu par le directeur général de l'agence régionale de santé et le directeur, en sa qualité de représentant

légal de l'établissement.

Celui qui fonde les règles du jeu interne s'appuie sur le projet d'établissement qui doit rassembler, de manière organisée, structurée et cohérente, la richesse des travaux remontée du plus près du terrain au travers notamment du projet médical, du projet de soins, du projet social (seul cadre véritablement négocié avec les partenaires sociaux et qui méritera d'être étendu aux personnels médicaux), et du projet architectural et d'investissement.

Le fait d'associer en particulier les représentants institutionnels et professionnels ainsi que les responsables des structures internes et les cadres à tous ces projets participe à la compréhension, à l'adhésion et à l'appropriation de tous les acteurs internes de l'établissement et, par et grâce à eux, à la promotion de l'image de marque institutionnelle et à l'implication collective et individuelle dans la recherche de la performance sociale et de l'efficacité économique. Ceci implique qu'ils soient informés, considérés, reconnus et associés aux étapes essentielles de leur définition et de leur mise en œuvre mais aussi de leur évaluation.

Il est donc indispensable qu'ils y participent, d'une manière ou d'une autre, au travers notamment des instances et des structures qui doivent concourir au développement du dialogue social de proximité.

Il est tout aussi essentiel d'investir sur l'évaluation de la mise en œuvre des projets stratégiques de l'établissement, sur la base d'indicateurs simples et pertinents pour mesurer le niveau d'adhésion des professionnels et de réalisation des objectifs et, le cas échéant, d'analyser et d'expliquer les écarts observés entre les projets arrêtés et les projets réalisés pour adapter si besoin les moyens aux besoins.

Par ailleurs, compte tenu de l'engagement pluriannuel qu'impliquent de tels projets stratégiques, du possible décalage dans le temps de leur mise en œuvre et de la nécessité de faire vivre le dialogue social local, une information interne devra être diffusée régulièrement par la direction de l'établissement à l'ensemble des professionnels en exercice, praticiens hospitaliers (y compris étudiants et internes) et personnels de la fonction publique hospitalière.

Proposition n°10 : Associer les représentants institutionnels et professionnels et les cadres aux projets stratégiques de l'établissement

Enfin, le développement de la contractualisation interne au sein des activités cliniques et médico-techniques qui passerait du contrat de pôle (existant) conclu entre le chef d'établissement et le chef de pôle et qui se déclinerait en un contrat de service (ou autre appellation selon l'organisation interne retenue, à créer) convenu entre le chef de service (ou de structure) et l'ensemble des praticiens, voire des cadres concernés, doit permettre une plus grande implication du management supérieur et du management intermédiaire, dans une relation de transparence et dans une démarche éthique qui fondent la confiance entre ces différents niveaux et se prolonge jusqu'au cœur de l'ensemble des activités.

Proposition n°11 : Impliquer et reconnaître le rôle majeur des cadres dans cette nouvelle approche des ressources humaines et du dialogue social

2.2.1.2. Revivifier les instances de concertation

2.2.1.2.1. Le niveau local (établissement)

L'accent doit être particulièrement mis sur l'unanimité qui s'est dégagée pour promouvoir la notion d'équipes pluri-professionnelles seules à même d'assurer la qualité de la prise en charge, la cohérence des actions et la cohésion interne, mais aussi de valoriser et d'enrichir les compétences collectives et individuelles et de favoriser le décloisonnement entre l'exercice des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière.

✓ *Personnel médical (titulaire, en période probatoire et contractuel).*

La commission médicale d'établissement (CME)

Elle est créée par la loi (article L 6144-1 s et R 6144-1 et suivants du CSP) au sein de chaque établissement public de santé.

Elle « 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 ».

Outre les évolutions de compétence qui pourraient être proposées par le groupe 3 « gouvernance » du pacte de confiance pour l'hôpital, il paraît important de fortifier le rôle majeur que doit jouer la commission médicale d'établissement et, en particulier son président en tant que représentant légitime de la communauté médicale, pour participer au développement du dialogue social à l'hôpital.

Répondant aux attentes des représentants institutionnels et professionnels concernés, cette instance devrait y intégrer une représentation des étudiants en médecine, pharmacie et en odontologie.

Proposition n°12 : Intégrer à la commission médicale d'établissement une représentation des étudiants en médecine, pharmacie et odontologie

S'agissant de leurs compétences, le président et la CME devraient ensemble investir sur l'évaluation des pratiques professionnelles, y compris managériales, des chefs de pôle, chefs de service et responsables des autres structures internes dans la conduite des missions et activités qui leur sont confiées.

Ils pourraient aussi s'intéresser à la politique de prévention et de gestion des conflits internes en définissant un programme pluriannuel d'actions, en liaison avec la direction et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques présidée par le directeur des soins avec lequel ils serait nécessaire que le président de CME organise des rencontres régulières pour optimiser l'approche des sujets intéressant à la fois les personnels médicaux et les personnels paramédicaux, notamment.

La promotion de la recherche, le développement des travaux scientifiques et la démarche d'innovation pourraient aussi constituer des axes forts de leurs compétences.

Il en va de même pour les travaux de réflexion et d'études à mener dans le domaine de la démographie sur laquelle un accent particulier doit être mis dans chaque établissement, mais aussi et surtout dans une approche de dynamique territoriale, voire régionale et, dans certains cas, inter-régionale.

Pour assurer une symétrie de compétence avec le comité technique d'établissement compétent pour les personnels de la fonction publique hospitalière, il serait certainement utile d'étendre le champ d'action de la commission médicale d'établissement intéressant les personnels médicaux aux domaines traités par l'actuel CTE auxquels il conviendrait d'ajouter le projet médical et le projet social dans un volet spécifique aux praticiens hospitaliers.

Il paraît aussi intéressant de préconiser que les grands sujets qui seront traités, au niveau national par le comité national paritaire des praticiens hospitaliers et, au niveau régional par la commission régionale paritaire des praticiens hospitaliers, trouvent leur déclinaison au niveau local en adaptant la compétence des commissions médicales d'établissement.

Enfin, il est indispensable de compléter son action sur la politique d'accueil des étudiants et des internes en médecine, pharmacie et odontologie et sur celle relative à l'accueil et à l'intégration des personnels médicaux nouvellement recrutés pour optimiser l'attractivité et la fidélisation de professionnels qualifiés nécessaires au bon fonctionnement et à la continuité de l'établissement.

Proposition n°13 : Elargir les compétences de la commission médicale d'établissement dans les domaines de l'accueil et de l'intégration des professionnels médicaux, de la modernisation des ressources humaines dans le cadre de la démarche institutionnelle de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, avec la question centrale de la démographie médicale et du développement du dialogue social, tout en assurant une information détaillée sur la stratégie financière pluriannuelle de l'établissement et sur ses déclinaisons annuelles

✓ **Personnel hospitalier (Fonction Publique Hospitalière : titulaire, stagiaire et contractuel)**

• **Le Comité technique d'Établissement (CTE)**

Il est créé par voie législative (article L 6144-3 du CSP et article L.315-13 du code de l'action sociale et des familles) et précisé par des dispositions réglementaires (article R 6144-40 du CSP pour les établissements publics de santé et décret n° 2003-802 du 26 août 2003 pour les établissements publics sociaux et médico-sociaux).

Il est institué dans chaque établissement.

Dans les établissements publics de santé, 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 que 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 technique d'établissement 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 (EPRD) prévu à l'article L.6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L.6143-7 du CSP.

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux, il est obligatoirement consulté sur :

- le projet d'établissement et les programmes d'investissement relatifs aux travaux et aux équipements matériels ;
- le budget, les crédits supplémentaires et les comptes, la tarification des prestations servies et le tableau des emplois du personnel et ses modifications ;
- les créations, suppressions et transformations de services ;
- 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 ;
- les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels, pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;
- les critères de répartition de certaines primes et indemnités ;
- la politique générale de formation du personnel et notamment le plan de formation ;
- le bilan social, le cas échéant ;
- la participation aux actions de coopération et de coordination.

A l'instar de la commission médicale d'établissement, il serait utile de lui donner compétence pour donner son avis sur la politique d'accueil des professionnels et stagiaires en formation (y compris sur le déploiement de l'apprentissage dans l'établissement) et sur celle relative à l'accueil et à l'intégration des nouveaux arrivants relevant de la fonction publique hospitalière.

Proposition n°14 : Elargir les compétences du comité technique d'établissement dans les domaines de l'accueil et de l'intégration des professionnels non médicaux (y compris sur le déploiement de l'apprentissage), ainsi que du développement du dialogue social et soutenir sa démarche de développement de la politique sociale avec le CGOS et l'AGOSPAP et de la formation, avec l'ANFH, en lien avec la gestion prévisionnelle des emplois et des

compétences, dont la question centrale de la démographie des professions non médicales, tout en assurant une information détaillée sur la stratégie financière pluriannuelle de l'établissement et sur ses déclinaisons annuelles

- **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 leurs attributions.

Elles assurent au plan local le même rôle que les CAPN au niveau national (Cf. *infra* le § 2.2.1.2.4.).

C'est pourquoi, il paraît souhaitable de leur donner également compétence sur les sujets relatifs à l'exercice professionnel partagé des personnels de la FPH dans le cadre des coopérations entre établissements.

Proposition n°15 : Donner compétence aux commissions administratives paritaires locales sur les sujets relatifs à l'exercice professionnel partagé des personnels de la fonction publique hospitalière dans le cadre des coopérations entre établissements

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

Elle est prévue par l'article L 6146-9 du CSP au sein de chaque établissement public de santé.

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.

Il paraît intéressant de faire en sorte que cette commission soit force de propositions auprès de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement en matière d'accueil des professionnels et des stagiaires en formation pour promouvoir l'image de l'établissement et encourager ainsi leur engagements dans la durée, dans le champ sanitaire public.

Proposition n°16 : Renforcer le rôle de proposition de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques en matière d'accueil des professionnels non médicaux et des stagiaires en formation

- **Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)**

Il est créé par voie législative et relève du code du travail (cf. article L 4612-1 du CT).

S'il est, en droit, commun aux personnels médicaux et aux personnels de la fonction publique hospitalière, il s'intéresse le plus souvent dans la pratique aux seuls personnels non médicaux.

Aujourd'hui, il est indispensable qu'il s'occupe et se préoccupe aussi des sujets relevant de son champ de compétence au profit des personnels médicaux qui ne sont que peu ou pas concernés par les travaux et réflexions engagés en son sein.

Proposition n°17 : Faire en sorte que le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail traite systématiquement des questions intéressant les personnels médicaux, conformément à ses compétences législatives

La création de deux sous-commissions dans l'actuel CHSCT, l'une compétente pour les personnels médicaux, l'autre pour les personnels de la fonction publique hospitalière, avec mise au point de réunions communes régulières sur la base d'une participation allégée mais représentative de toutes les composantes syndicales des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière est fortement plébiscitée par tous les participants du groupe 2.

Il apparaît en effet que, dans des organisations aussi exigeantes et complexes que celles relevant du champ sanitaire, social et médico-social public, personne ne peut aujourd'hui comprendre que plus de 12% de professionnels, praticiens hospitaliers titulaires, en période probatoire et contractuels, étudiants et internes en médecine, pharmacie et odontologie ne soient pas considérés dans une instance aussi essentielle que le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail pour y débattre de la santé au travail et des conditions de vie au travail.

Personne ne peut non plus comprendre que la commission médicale d'établissement et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, toutes deux compétentes sur le projet médical ou le projet de soins et, ensemble, sur la qualité et la sécurité des soins des patients et de la prise en charge des personnes accueillies d'une part, et le comité technique d'établissement qui a compétence sur les conditions de travail d'autre part, ne soient pas étroitement associés aux travaux, études et réflexions menés au sein du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail.

C'est pourquoi, il paraît essentiel de faire évoluer le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail pour d'une part, qu'il prenne en compte l'ensemble des professionnels en exercice dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics et d'autre part, qu'il puisse articuler ses travaux et réflexions avec les trois autres instances consultatives majeures pour le fonctionnement de l'établissement que sont la CME, le CTE, et la CSIRMT par le biais de réunions institutionnelles de contact.

Ainsi, la structuration du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail doit être aménagée par la création de deux sous-commissions compétentes à l'égard des deux grandes catégories de professionnels concernés, les praticiens hospitaliers, d'une part et les personnels de la fonction publique hospitalière, d'autre part.

A titre spécifique, la sous-commission compétente à l'égard des personnels médicaux pourrait être composée d'une représentation paritaire comprenant des membres de la CME choisis en son sein et des représentants syndicaux de praticiens hospitaliers désignés par les organisations représentatives au plan national, sans modifier la composition actuelle du CHSCT. Ainsi, les représentants des praticiens siégeant au CHSCT pourraient-ils être eux-mêmes choisis au sein de leur sous-commission spécifique. Toutefois, certains participants au groupe 2 ont exprimé le souhait que la composition de cette sous-commission des praticiens hospitaliers soit l'émanation de membres de la commission médicale d'établissement, privilégiant en effet une représentation intersyndicale aux niveaux régional et national.

Toutefois, il conviendra de prévoir des aménagements utiles selon la taille des établissements et le modèle spécifique de représentativité des organisations syndicales des praticiens hospitaliers, tel qu'il sera défini.

Proposition n°18 : Créer deux sous-commissions dans l'actuel comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail, l'une compétente pour les personnels médicaux sur la base d'une composition spécifique, l'autre pour les personnels de la fonction publique hospitalière, avec mise au point de réunions communes régulières sur les questions d'intérêt partagé, sans modification de sa composition actuelle

A ce stade, il semble important de rappeler les compétences du CHSCT pour préciser les adaptations qui pourraient être nécessaires pour mieux prendre en compte les besoins des institutions mais aussi et surtout les attentes de tous les professionnels concernés dans le respect des règles édictées.

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 donc très larges (cf. Articles L 46-12 et suivants du code du travail).

Les attributions que le droit lui confère sont tout aussi importantes pour la considération dont on doit entourer l'ensemble des personnels que celles reconnues aux trois autres instances consultatives internes qui viennent d'être citées (CME, CTE, CSIRMT). Toutefois, il s'avère aujourd'hui nécessaire d'aller encore plus loin, notamment en introduisant le concept de conciliation entre la vie au travail et la vie personnelle, et la définition pluriannuelle de contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, en lien étroit avec la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement et le médecin du travail, programme qu'il conviendrait de promouvoir, de suivre et d'évaluer annuellement.

Une même démarche devrait être formalisée en droit et développée dans la pratique institutionnelle pour permettre au CHSCT d'élaborer son programme de santé au travail, incluant les risques professionnels dont les risques psycho-sociaux, la question de la pénibilité de l'exercice professionnel et de l'incapacité au travail, dans une dimension également pluriannuelle.

Il devrait enfin s'intéresser tout particulièrement aux rythmes de travail et au rapprochement des organisations de travail des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière pour soutenir la cohérence des actions, favoriser la cohésion et la sécurité des pratiques professionnelles des équipes pluri-professionnelles, développer les processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins aux patients et de prise en charge des personnes accueillies, tout en valorisant les travaux de recherche et le développement de l'innovation dans le champ des conditions de travail.

Proposition n°19 : Mieux articuler les rôles et compétences du CHSCT et des autres instances consultatives de l'établissement (CME, CTE, CSIRMT)

2.2.1.2.2 Le niveau territorial (établissement référent ou participant à des coopérations institutionnelles)

La situation actuelle mérite d'être particulièrement signalée.

En effet, alors que la dynamique territoriale est promue et ne va aller qu'en s'accroissant dans l'intérêt des patients, des personnes accueillies, des institutions et des professionnels, aucune évolution significative des instances délibératives et consultatives n'a encore été portée sur le sujet.

C'est pourquoi, il paraît indispensable - pour ne pas dire vital pour le riche dialogue social - que le modèle actuel puisse rapidement évoluer pour simplifier l'organisation des instances internes lorsque les établissements sont engagés dans une coopération, quelle qu'en soit sa forme.

De nombreux représentants institutionnels et professionnels, au premier rang desquels les chefs d'établissement, militent ensemble pour alléger le poids des instances actuelles et faire évoluer la réglementation en tenant particulièrement compte de cette nouvelle réalité.

En effet, certains directeurs ont recensé entre 140 et 200 réunions annuelles nécessaires pour faire vivre leurs instances délibératives et consultatives s'ils ont en charge au moins trois établissements dans le cadre d'une direction commune. C'est dire l'ampleur de la charge qu'il convient d'alléger pour leur laisser le temps utile au développement attendu du dialogue social local, aujourd'hui nécessairement appauvri, dans ces quatre composantes que sont l'information, la consultation, la concertation et la négociation selon les sujets à traiter.

Dans ce cadre, il est proposé, tout en maintenant l'autonomie des établissements si la forme juridique de la coopération le justifie, de prévoir des instances communes (en particulier, conseils de surveillance, directoire, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, commission administrative paritaire...), en veillant à une représentation juste et

équilibrée à raison de leur taille et de la spécificité des organisations institutionnelles et professionnelles de chacun des établissements associés à ces coopérations.

Proposition n°20 : Adapter le droit des instances délibératives et consultatives à la réalité de l'organisation territoriale des établissements (établissements référent et participant à des coopérations entre établissements)

2.2.1.2.3 Les niveaux régional/inter-régional et départemental

✓ *Personnel médical (titulaire, en période probatoire et contractuels) et Personnel de la fonction publique hospitalière (titulaire, stagiaire et contractuel)*

• **La Commission Régionale Paritaire (CRP) (actuellement spécifique aux praticiens hospitaliers)**

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.

Cette commission régionale paritaire spécifique aux praticiens hospitaliers pourrait être remplacée par un espace formalisé de dialogue social régional qui pourrait prendre la forme d'une conférence, d'une commission ou d'un comité, réunissant régulièrement l'ensemble des partenaires concernés avec, le cas échéant, mise en place de deux sous-commissions, l'une compétente pour les personnels médicaux et l'autre pour les personnels de la fonction publique hospitalière, avec réunions communes sur les sujets d'intérêt partagé.

La création d'une telle structure régionale est vivement souhaitée par l'ensemble des participants du groupe. Elle serait placée auprès du directeur général de l'agence régionale de la santé et pourrait associer, en tant que de besoin, les préfets de département - directions départementales chargées de la cohésion sociale - pour les sujets intéressant les acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social public et être élargie aux acteurs du secteur privé à but lucratif ou non pour les questions d'intérêt commun.

Sa composition pourrait s'inspirer de celle du groupe 2 dont les participants ont considéré que la diversité des représentations avait su créer une relation riche et fructueuse avec des ouvertures faites par les uns et les autres dans un esprit très constructif, ce qui n'était pas évident au départ.

Ainsi, pourraient être représentés au sein de cette nouvelle structure régionale, outre les représentants de l'Etat en région et en département, des représentants des conférences de doyens, de présidents de CME et de directeurs, des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière, représentants d'usagers et des élus, notamment.

Promue en tant que structure forte du dialogue social au niveau régional, elle pourrait avoir un champ de compétence qui couvrirait les grands domaines traités par les instances consultatives locales, tels que les restructurations, coopérations et projets stratégiques des établissements, démographie des personnels médicaux et des personnels de la fonction publique hospitalière, programmes pluriannuels de santé au travail...

Elle pourrait aussi reprendre les compétences de l'actuelle commission régionale paritaire pour les praticiens hospitaliers, tout en conservant la compétence majeure qui lui est aujourd'hui juridiquement reconnue et qui doit être étendue aux personnels de la fonction publique hospitalière en matière d'actions de médiation-conciliation et de prévention mais aussi de gestion des conflits, notamment à la demande, et en lien avec le ministère chargé de la santé et des affaires sociales (DGOS et DGCS) et le CNG, pour la part qui le concerne.

Proposition n°21 : Transformer l'actuelle commission régionale paritaire, spécifique aux praticiens hospitaliers, en un espace formalisé de dialogue social régional réunissant l'ensemble des partenaires institutionnels et professionnels concernés avec, le cas échéant, mise en place de deux sous-commissions, l'une compétente pour les personnels médicaux et l'autre pour les personnels de la fonction publique hospitalière, avec réunions communes sur les sujets d'intérêt partagé

Pour faciliter cette mission de médiation-conciliation nécessaire en cas de blocage institutionnel local, il serait certainement intéressant d'établir au niveau de chaque région une liste d'experts professionnels (doyens, présidents de CME, directeurs, membres des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière), formés spécifiquement à l'approche de la gestion des situations complexes dans une démarche de facilitation et de résolution de conflits pour apporter rapidement un éclairage, un soutien voire un accompagnement aux établissements signalés au DGARS (ou au délégué territorial sur sa délégation) pour le secteur sanitaire et médico-social et au préfet de département - direction départementale en charge de la cohésion sociale - pour le secteur social.

La démarche reposerait ainsi sur l'appui de pairs professionnels extérieurs à l'établissement concerné pour trouver des solutions adaptées aux problématiques locales... Ces listes d'experts régionaux pourraient être regroupées et actualisées au niveau national (ministère chargé des affaires sociales et de la santé ou autre organisme habilité) pour favoriser la combinaison d'équipes opérationnelles lorsque l'intervention nécessite la saisine de professionnels hors région en raison de la sensibilité du contexte ou lorsque le niveau requis est inter-régional.

Le rôle de l'ARS serait dès lors de faciliter, de suivre et de consolider la résolution des conflits locaux lorsque la situation se trouve par exception dans l'impasse, sachant que dans tous les cas le dialogue social de proximité devra être privilégié par le directeur avec, en tant que de besoin, le président de la CME et le président de la CSIRMT et les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers et celles des personnels de la fonction publique hospitalière selon la situation signalée.

Une évaluation annuelle présentée dans le cadre des travaux menés par la structure régionale nouvellement créée permettra de faire le bilan et de proposer des orientations en fonction des typologies de situations rencontrées dans le cadre de cette démarche.

Une évolution dans ce sens, unanimement soutenue par les participants au groupe 2, s'avère aujourd'hui indispensable pour mieux prendre en compte les nécessités institutionnelles et les attentes professionnelles.

Proposition n°22 : Conférer en outre à cet espace formalisé du dialogue social régional une mission de médiation-conciliation et de prévention des conflits dans le champ des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux

2.2.1.2.4 Le niveau national

- ✓ *Personnel médical (titulaire, en période probatoire et contractuel)*
- **Le Comité Consultatif National Paritaire (CCNP) des praticiens hospitaliers**

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

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 travail et à leur situation, à l'exclusion des dispositions statutaires.

Ce comité doit devenir une instance majeure de dialogue social au niveau national et se réunir au moins deux fois par an, pour l'ensemble des praticiens, titulaires, en période probatoire ou contractuels. Le texte réglementaire actuel est suffisamment large pour lui permettre d'être saisi de tout sujet d'ordre général. Toutefois, il paraît important de préciser et de compléter la liste de ses compétences actuelles, en y intégrant les sujets prioritaires portés par l'ensemble des organisations institutionnelles et professionnelles de l'Etat et des milieux sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics.

Ainsi, pourraient être rajoutés dans la liste des sujets à y traiter les questions d'éthique professionnelle (y compris de management), la démographie, la formation initiale et le développement professionnel continu, le compte-épargne temps, le recrutement (y compris les modalités générales de remplacement), l'organisation du travail (y compris des internes, des étudiants), la question de l'exercice partagé dans le cadre des coopérations entre établissements et le sujet, actuel et sensible, de la création des métiers intermédiaires en santé (coopérations entre professionnels de santé)¹⁸...

Dès lors, sa composition pourrait être modifiée pour, outre les représentants des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers, y associer des représentants des conférences de directeurs, de présidents de CME, de doyens, ainsi que des étudiants et des internes en médecine, pharmacie et odontologie, en évoluant vers un système non paritaire comme pour les personnels relevant de la fonction publique hospitalière.

Proposition n°23 : Préciser et compléter les compétences du comité consultatif national des praticiens hospitaliers

- **Les Commissions statutaires nationales (CSN) des praticiens hospitaliers**

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.

Chacune de ces commissions statutaires nationales, constituée pour les sept disciplines d'exercice (anesthésie-réanimation, biologie, chirurgie, médecine, pharmacie, psychiatrie, radiologie-imagerie médicale), pourrait à l'occasion d'un bilan annuel de fonctionnement faire émerger les sujets d'intérêt communs relatifs à l'évolution des organisations et des conditions d'exercice dont pourrait être saisi le comité consultatif national des praticiens hospitaliers.

Une telle évolution supposerait de compléter le cadre réglementaire actuel.

Proposition n°24 : Mieux articuler les missions et le fonctionnement des commissions statutaires nationales et du comité consultatif national des praticiens hospitaliers.

- ✓ **Personnel hospitalier (Fonction Publique Hospitalière)**

- **Le Conseil commun de la Fonction Publique (CCFP) 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).

¹⁸ Voir notamment sur cette question le rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer (Laurent Hénard, Yvon Berland, Danielle Cadet – rapporteurs généraux : Bernard Verrier et Elisabeth Féry-Lemonnier). Ce rapport, remis en janvier 2011 aux ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur peut être consulté sur le site de la Documentation Française - <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000061/index.shtml>

Le premier a compétence sur toute question commune d'ordre général dont il est saisi pour les trois fonctions publiques (fonction publique de l'Etat, fonction publique territoriale et fonction publique hospitalière).

Le second traite de toutes les questions générales concernant les personnels relevant de la fonction publique hospitalière (secteurs sanitaire, social et médico-social publics), telles que les statuts, rémunération, régime indemnitaire, formation, promotion professionnelle...

Comme pour les personnels médicaux, il paraît intéressant de proposer qu'à l'occasion d'un bilan annuel de fonctionnement du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, une réflexion soit engagée sur les sujets d'intérêt commun émanant des comités consultatifs nationaux des directeurs de la FPH, en lien avec l'environnement spécifique d'exercice de ces professionnels.

De même, le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière pourrait s'intéresser aux conditions dans lesquelles les dispositions statutaires spécifiques à la fonction publique hospitalière s'appliquent dans le cadre des coopérations entre établissements. Il pourrait également connaître, en lien avec l'Observatoire national des emplois et des métiers de la FPH et le Haut conseil des professions paramédicales, du volet statutaire des coopérations entre professionnels de santé (métiers intermédiaires en santé).

Proposition n°25 : Mieux articuler les missions et le fonctionnement du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, des comités consultatifs nationaux des directeurs et de l'observatoire national des métiers et des compétences de la fonction publique hospitalière

- **Le Comité Consultatif National (CCN) des directeurs de la FPH**

Il est créé par voie 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 (ex Comité Consultatif National Paritaire), il perd cette qualité à la suite de la modification de sa composition par la loi du 5 juillet 2010.

Un CCN est institué un CCN 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 apparaît que le cloisonnement juridique ainsi organisé mériterait d'être modifié pour faciliter l'information et la consultation sur les sujets d'intérêts partagés entre les trois corps de directeurs concernés.

Ainsi, comme pour les praticiens hospitaliers, pourraient y être traités les questions d'éthique professionnelle (y compris de management), la démographie - en y associant celle des attachés d'administration hospitalière pour avoir une vision dynamique des corps qui leur sont fonctionnellement associés -, la formation initiale et continue, le compte-épargne temps, le recrutement (y compris les modalités générales d'intérim ou de remplacement), l'organisation du travail, y compris celle des professionnels et stagiaires en formation.

Proposition n°26: Décloisonner les comités consultatifs nationaux des trois corps de directeurs de la fonction publique hospitalière

- **Les commissions administratives paritaires nationales (CAPN) des directeurs de la FPH**

Elles sont créées par la loi n° 8633 du 9 janvier 1986 modifiée (article 19) et précisées dans le décret n° 91-790 du 14 août 1991.

Elles sont compétentes pour chacun des corps de direction relevant de la fonction publique hospitalière (directeurs d'hôpital, directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social et 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, la notation, 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.

Il convient de préciser que la question du temps professionnel partagé des directeurs, dans le cadre de coopérations entre établissements par exemple, est prise en compte actuellement dans leur parcours professionnel et pour l'obligation de mobilité, au travers de la position statutaire de mise à disposition si la quotité de temps de travail est égale ou supérieure à 50 %.

Ce dispositif mériterait peut-être d'être complété en cas de quotité inférieure à 50% pour mesurer l'ensemble des situations, même si elles n'influencent pas l'appréciation du parcours professionnel.

Proposition n°27 : Compléter le champ de compétence des commissions administratives paritaires nationales des trois corps de directeurs de la fonction publique hospitalière sur la question du temps professionnel partagé

2.2.1.3. Négocier des accords

2.2.1.3.1. S'assurer des conditions de la réussite

Les membres du groupe ont rappelé qu'un dialogue social de qualité repose sur un respect mutuel des interlocuteurs.

- Au-delà, l'engagement d'une négociation nécessite également l'identification, clairement énoncée, du problème à résoudre ou du sujet précis sur lequel elle va porter ;
- la volonté sincère des parties de rechercher un compromis pour résoudre le problème concerné ou traiter le sujet en prenant en compte -autant que faire se peut- les préoccupations des différents acteurs ;
- l'ouverture aux idées des autres parties comme aux idées nouvelles qui peuvent surgir durant la négociation ;
- l'existence de marges de manœuvre nécessaires pour mettre en œuvre le compromis. Cela est vrai pour l'employeur, comptable de l'affectation des ressources (humaines, financières, logistiques,...), mais aussi pour les organisations syndicales comptables de la prise en compte des aspirations des agents.

Enfin, toute négociation demande un certain temps et il est nécessaire de disposer d'un délai suffisant pour lui permettre de se dérouler avant le moment de la décision envisagée.

Pour éviter les désillusions et des dépenses stériles d'énergie, il est prudent de n'engager des négociations que lorsque ces conditions sont réunies.

Initiée à la demande de l'employeur ou d'une ou plusieurs organisations syndicales, une négociation a d'autant plus de chance d'être productive qu'elle est engagée :

- le plus en amont possible du moment de la décision afin de permettre la richesse des échanges et l'élaboration et l'examen de scénarios alternatifs pour traiter le sujet ;
- sur la base d'une documentation factuelle nécessaire pour bien connaître les enjeux, les impacts des propositions sur les patients et les personnes accueillies, les diverses catégories de personnels concernées et l'économie de l'établissement ;
- en intégrant la nécessité pour chaque négociateur de rendre compte. Cela est vrai pour les organisations syndicales de la FPH ou les intersyndicales de PH qui souhaitent revenir périodiquement vers leurs mandants (leurs adhérents ou l'ensemble des personnels selon les cas). Cela est vrai aussi pour la partie "employeur" vis à vis des autorités dont elle dépend.

Proposition n°28 : Avant l'engagement d'une négociation, se préoccuper des conditions de sa réussite

2.2.1.3.2 Cerner les constituants de la négociation et lui donner un contenu

Le sujet des différents niveaux de négociation a déjà été évoqué (Cf. *supra* § 2.1.2.3). Plus concrètement, le déploiement de la négociation concernant les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux devra faire la part de ce qui ressort de l'échelon inter fonction publique (pour les personnels de la FPH) et de ce qui dépend du

niveau du ministère chargé de la santé et des affaires sociales (pour ces mêmes personnels de la FPH et pour les praticiens hospitaliers).

En outre, dans le contexte des réformes mises en œuvre actuellement par les pouvoirs publics ayant un impact sur les fonctionnaires et agents publics, il est impératif d'assurer une bonne cohérence des approches de dialogue social dans les domaines respectifs de la fonction publique hospitalière, de l'agenda social concernant les trois versants de la fonction publique et du processus de modernisation de l'action publique.

Le champ de la négociation s'est élargi et invite donc à des négociations sur de nombreux sujets. En même temps, et le groupe en a eu conscience, les contraintes, notamment financières, qui s'imposent aux établissements sont fortes. Le groupe a travaillé de manière approfondie à mettre en exergue quelques priorités de négociation locale dans le champ des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ces priorités sont regroupées dans les quatre objectifs suivants :

- Attirer et fidéliser les professionnels
- Dynamiser et sécuriser la carrière
- Anticiper les évolutions et promouvoir les parcours professionnels
- S'inscrire dans la démarche de responsabilité sociale de l'établissement

Chacun de ces objectifs prioritaires a été décliné en thèmes et sous thèmes¹⁹.

Enfin, le groupe s'est très majoritairement entendu pour qu'une place toute particulière soit réservée au dialogue social local et à la négociation sur des sujets d'intérêt commun aux praticiens hospitaliers et aux personnels de la FPH, notamment les questions d'organisation du travail, de santé au travail et de vie au travail dans les établissements.

Proposition n°29 : Faire porter d'abord le dialogue social local et, en particulier la négociation, sur les sujets déclarés prioritaires par les praticiens hospitaliers et les personnels de la fonction publique hospitalière

2.2.1.4. Maîtriser les éléments aptes à soutenir le déploiement du dialogue social

Arbitrage, conciliation, médiation : ces trois termes ont des significations pour partie voisines, mais ils ne traduisent pas les mêmes modalités de résolution de différends entre les parties.

✓ L'arbitrage

Ce terme est, en l'espèce, utilisé en référence à une situation de désaccord entre des parties qui acceptent qu'un tiers dont elles reconnaissent la validité de jugement, tranche leur différend, même si cela peut conduire à ce que l'une de ces parties n'obtienne pas gain de cause. Au-delà des voies judiciaires, cette procédure est peu usitée. Il reste que cette possibilité n'est pas à écarter, elle est en tous cas à débattre entre les parties. Par exemple, le recours à des missions d'appui, dont les parties acceptent au préalable d'appliquer les préconisations, rentre dans ce cas de figure (cela peut s'appliquer à la démarche de conciliation qui est abordée ci-après).

✓ La conciliation

La conciliation fait appel à la notion de recherche par un tiers des voies et moyens permettant de lever un conflit entre des personnes ou des groupes amenés à être en relations régulières (comme dans un collectif de travail). Si elle est très proche de la médiation, elle fait cependant plus appel à une démarche portant sur le rétablissement de relations de travail « normales » après traitement d'un différend entre groupes professionnels ou entre professionnels. Cette intervention prend souvent la forme de propositions de solutions.

¹⁹ La liste complète des objectifs et des thèmes et sous-thèmes y afférents proposée d'une part, pour les praticiens hospitaliers et d'autre part, pour les personnels de la FPH figure en annexe n° 9

On peut considérer que dans les établissements de santé, cette pratique, peu formalisée, est assez répandue. Un directeur, une CME peuvent proposer des modalités de conciliation pour régler des conflits de personnes par exemple.

Toutefois, il serait intéressant que le principe de la conciliation puisse être retenu au plan réglementaire, car le recours préventif à une démarche de conciliation peut avoir un impact bénéfique sur la santé au travail des équipes impliquées (souvent malgré elles) dans des conflits interpersonnels ou des conflits entre catégories professionnelles. La prise de conscience par une personne ou un groupe que son comportement génère un malaise voire une souffrance au sein d'un collectif peut être favorisée par une démarche de conciliation.

En fonction des définitions des termes précédents (arbitrage, conciliation), il est proposé d'employer le terme « médiation » pour ce qui a trait à la résolution de situations de blocage au plan des relations sociales et du dialogue social.

- ✓ La médiation
- L'objet de la médiation

Il peut exister des situations de conflit et/ou des blocages persistants telles qu'elles ne peuvent trouver d'issue que par recours à un tiers. Les parties en désaccord acceptent une médiation afin de trouver un compromis pour définir de nouvelles modalités de travail ou d'échanges entre elles comme pour décliner au plan local certaines mesures arrêtées au plan national.

Ces situations peuvent être de différente nature. Si l'on considère d'abord le domaine des relations sociales stricto sensu, elles peuvent concerner :

- un désaccord persistant et de caractère conflictuel entre une direction et tout ou partie du personnel concernant des mesures d'organisation, les conditions de travail, les effectifs... ;
- une situation de conflit portant sur les organisations et/ou les conditions de travail au sein d'un pôle, d'un service, d'une autre structure, d'une équipe.

Par extension, elles peuvent porter sur des désaccords non résolus sur la répartition des responsabilités ou des compétences, sur les orientations de l'établissement qu'elles soient de nature stratégique (réorganisation des activités, choix d'activités) ou budgétaire (plan de retour à l'équilibre).

Tous les participants ont admis que les situations de blocage étaient porteuses de risque pour le devenir de l'établissement et préjudiciables tant au patient et aux personnes accueillies qu'aux équipes. Dans ce contexte, il est proposé que la médiation constitue une des modalités du dialogue social et soit reconnue comme telle au plan législatif ou réglementaire.

- Les différents niveaux et les différentes modalités de la médiation

Il est proposé que le principe de la médiation soit déclinable aux différents niveaux d'organisation d'un établissement, mais aussi puisse concerner le champ des coopérations entre établissements. Cette médiation peut être décidée au plan interne et de manière très limitée au plan externe.

Au sein d'une équipe de travail, la médiation peut être assurée par le recours à des experts formulant des préconisations d'organisation, lesquelles sont ensuite discutées entre les parties par exemple. Cela est transposable au sein d'un pôle ou au niveau d'un service. .

La question de la prise de décision de la médiation peut se poser à propos des situations « infra-établissement ». Il est proposé qu'elle relève, dans le respect de la subsidiarité, d'une démarche du conseil de bloc, de service, de pôle. Le chef de pôle, de service, ou d'une autre structure interne, comme le responsable de la coordination du bloc, s'ils ne sont pas partie prenante au conflit, prennent alors la décision de recourir à une médiation-conciliation après avis des « conseils » concernés. Ils font appel à des ressources internes ou si ce n'est pas possible à des ressources externes.

Lorsque les blocages ou conflits sont d’ordre institutionnel, il est proposé le principe du recours à des médiateurs issus des composantes concernées. Par exemple dans un conflit insoluble entre une ou plusieurs organisations syndicales et la direction, un « tandem » directeur/représentant syndical (dont, le cas échéant, un représentant syndical médical) serait appelé pour permettre le rapprochement des points de vue. L’ARS (ou le représentant de l’Etat concernant certaines structures sociales) doit pouvoir, si elle constate une impasse totale, proposer le recours à une médiation.

Les médiateurs peuvent être :

- le binôme précité (représentant syndical/directeur), sélectionné à partir d’un vivier régional voire national, lorsqu’un directeur ou un président de CME est impliqué ;
- une mission d’appui constituée de directeurs, coordonnateurs des soins, présidents de CME, le cas échéant doyen et autres professionnels, sollicités au sein d’un vivier national d’experts formés à cet effet. Cette mission serait appelée sur une durée très courte en vue de préconisations rapides à fournir (les parties doivent alors pouvoir s’approprier totalement ou partiellement ces préconisations) ;
- une mission d’appui de conseillers généraux d’établissements de santé et/ou d’IGAS pouvant se livrer à des investigations approfondies, compte tenu de la nature du problème.

Dans tous les cas de figure, la médiation devrait être accompagnée d’un document écrit de préconisations et l’accord entre les parties résultant de la médiation devrait également être validé par écrit, écrit définissant si besoin les étapes et le calendrier de mise en œuvre de l’accord ainsi que les modalités d’évaluation adoptées.

Dans tous les cas de figure, le recours à la médiation ne doit pas, au risque d’en détruire l’avantage, être une procédure courante ; la médiation doit revêtir un caractère exceptionnel. Il peut y être recouru d’une part, lorsque les parties concernées ont épuisé toutes les possibilités d’entente et d’autre part, lorsqu’elle donne réellement la possibilité d’entrevoir un aboutissement au conflit dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Proposition n°30 : Former les acteurs au repérage précoce des situations dans lesquelles une médiation-conciliation est utile et savoir mobiliser les compétences aptes à rétablir le dialogue entre les parties concernées

2.2.2. Clarifier, affirmer et intensifier le rôle de pilotage et de régulation de l’Etat

2.2.2.1. L’Etat central

2.2.2.1.1 Impulsion nationale

Sous l’égide du ministère chargé des affaires sociales et de la santé, la direction générale de l’offre de soins (secteurs sanitaire et médico-social) et la direction générale de la cohésion sociale (secteur social) devront assurer la définition, le pilotage et l’évaluation de la politique de modernisation des ressources humaines et du dialogue social national pour les trois secteurs d’activité concernés.

Ceci passe par la détermination de grandes orientations stratégiques pluriannuelles éclairées des tendances économiques sur la période considérée pour donner une lisibilité plus grande aux partenaires du dialogue social à tous les niveaux (national, inter-régional, régional, territorial et local), avec un suivi et une évaluation annuelle présentée aux instances nationales compétentes pour en connaître et, en particulier :

- au niveau national, conseil supérieur de la fonction publique et conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et comités nationaux paritaires des praticiens hospitaliers et des directeurs ;
- au niveau régional, à la structure de concertation régionale nouvellement créée (conférence, commission ou comité) ;
- au niveau local, commission médicale d’établissement, comité technique d’établissement, commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Proposition n°31 : Définir au niveau national des grandes orientations stratégiques pluriannuelles éclairées des tendances économiques pour donner une plus grande lisibilité aux partenaires du dialogue social à tous les niveaux

2.2.2.1.2 Portage régional/inter-régional et départemental de la politique nationale

Les deux directions ministérielles concernées auraient ainsi à charge d'informer, soutenir et accompagner les agences régionales de santé et les préfets de département - directions départementales chargées de la cohésion sociale - en élaborant des référentiels actualisés, en constituant des circuits d'information organisés et rapides concernant notamment les règles statutaires et leurs évolutions, les chantiers en cours, les protocoles et accords nationaux et les perspectives envisagées pour les praticiens hospitaliers et les personnels de la fonction publique hospitalière, en mettant à leur disposition des guides méthodologiques et en répondant aux demandes d'expertise requises.

Proposition n°32 : Inciter l'Etat central à constituer des circuits d'informations organisés et rapides, mettre à disposition des guides méthodologiques et des référentiels actualisés, tout en assurant des réponses aux demandes d'expertise en matière de dialogue social et de ressources humaines, notamment au profit de l'Etat en régions et dans les départements

2.2.2.1.3 Traduction au niveau local de la politique nationale

Il est tout aussi important de souligner que dans la nouvelle gouvernance du système sanitaire, social et médico-social public, le rôle des cadres (paramédicaux, socio-éducatifs, administratifs, techniques et ouvriers) puisse être pleinement reconnu, comme le sont les instances consultatives des établissements invitées à se mobiliser sur les sujets de ressources humaines et de dialogue social²⁰.

Car, comment impulser une politique de modernisation des ressources humaines et d'intensification du dialogue social à la proximité des organisations de travail, sans intervention de toutes celles et ceux qui sont porteurs du sens au niveau institutionnel et promoteurs de l'action quotidienne à conduire ?

C'est pourquoi il est plus que jamais indispensable d'associer et de considérer les cadres dans le tournant que doit prendre aujourd'hui et demain l'ensemble des institutions concernées.

Ainsi, les directeurs chefs d'établissements pourraient être encouragés à soutenir leur mission complexe dans des temps d'adaptation de plus en plus rapides et intenses, en y associant en tant que de besoin le président de la commission médicale d'établissement et le coordonnateur général des soins - directeur des soins en sa qualité de président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques, par des réunions régulières notamment dans les temps forts de la vie institutionnelle : préparation des projets stratégiques et des orientations budgétaires annuelles, bilan annuel d'activité de l'année écoulée avant le passage aux instances pour les informer, débattre et enrichir l'analyse et dessiner les perspectives pour l'année suivante, enrichies grâce à cette réflexion collective.

Par ailleurs, la mise en place de véritables délégations de gestion du directeur aux responsables des structures internes autres que cliniques et médico-techniques - à l'instar de ce que le droit prévoit pour les chefs de pôle - constituerait certainement un des leviers forts de motivation et de reconnaissance du rôle et de la place des cadres au sein de chaque établissement, en particulier pour la modernisation de l'approche des ressources humaines et du développement d'un dialogue social confiant et responsable à tous les niveaux internes.

Parmi les domaines qu'il paraît souhaitable de déléguer aux cadres de pôle ou de service pour les personnels de la fonction publique hospitalière, en liaison avec le directeur des ressources humaines et le coordonnateur général des soins - directeur des soins pour la part qui le concerne :

- 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 toute nature,
- l'organisation du travail,
- la gestion des mouvements internes au pôle ou au service,
- l'adaptation des moyens en personnel en fonction de l'activité,

²⁰ Cf. le rapport déjà cité sur le rôle et les missions des cadres hospitaliers.

- 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,
- l'accueil et le séjour des patients et des personnes accueillies,
- l'accueil des professionnels et des stagiaires en formation,
- l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels,
- la fidélisation des professionnels en exercice,
- la prévention des risques et la gestion des conflits,
- la préparation des séances d'information et d'échange avec les personnels hospitaliers du pôle, du service ou des autres structures internes,
- la préparation - voire pour certains professionnels - la conduite de l'entretien professionnel annuel et la proposition d'attribution de la prime de service.

S'agissant des personnels médicaux, il paraît désormais indispensable de désigner au sein du pôle un référent médical chargé de la gestion de ces mêmes sujets pour les personnels médicaux, y compris les internes et les étudiants, en liaison avec la direction des affaires médicales ou la direction des ressources humaines selon l'organisation de l'établissement.

Par ailleurs, le chef de pôle, investi d'une délégation de gestion, pourrait donner délégation de signature aux cadres concernés pour tout ou partie des compétences défini dans le champ de la délégation dont il bénéficie, en lien avec les chefs de service et les autres responsables de structures internes du pôle.

2.2.2.2. L'Etat en région et dans le département

Le rôle des agences régionales de santé pour les secteurs sanitaire et médico-social, en y associant les préfets de département -directions départementales chargées de la cohésion sociale- pour le secteur social, doit s'affirmer en tant que régulateur de l'ensemble du système au niveau régional.

Leurs compétences associées, qui vont des programmes régionaux de santé, en passant par les schémas régionaux d'organisation et jusqu'aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements concernés, doivent être étendues à la fonction majeure de pilotage et d'évaluation des actions conduites dans les territoires et dans les établissements, conformément aux politiques nationales, inter-régionales, régionales et départementales définies.

Leur rôle de promoteur, d'accompagnateur et d'évaluateur des coopérations entre les établissements et les professionnels qu'ils soient publics, privés ou libéraux doit être un des axes majeurs de leur mission pour les prochaines années, en veillant à développer l'information, la consultation, la concertation voire, dans certains cas, la négociation avec les représentations institutionnelles et professionnelles.

Leur implication en tant que coordonnateurs et facilitateurs des coopérations et des mouvements de rapprochement institutionnel sera déterminante pour assurer la plus grande égalité d'accès et la qualité et la sécurité des soins et de la prise en charge des personnes âgées et handicapées majeures et mineures, tout en assurant l'efficacité économique et le respect d'une relation sociale ouverte, loyale et donc confiante.

Pour soutenir les acteurs et faire face aux grands enjeux du système sanitaire, social et médico-social, il leur appartiendra de développer ensemble l'observation et de suivre dans la durée toutes les données relatives à la démographie des personnels médicaux et des personnels de la fonction publique hospitalière, en considérant aussi ceux qui exercent dans les secteurs privé et libéral.

Par ailleurs, il sera important qu'ils puissent mesurer l'évolution des emplois, des compétences et des qualifications, en s'appuyant sur des bilans réguliers à partir de cartographies actualisées sur les emplois budgétés, les emplois pourvus et les métiers réellement exercés, en tant qu'ensemble régional de la gestion prévisionnelle et prospective développée au niveau local, avec l'appui des directions ministérielles concernées (DGOS et DGCS), du CNG et de l'ANAP pour la part qui les concerne.

Il sera également nécessaire qu'il assure la maîtrise et le suivi des instituts et écoles de formation et le pilotage régional/département de la masse salariale des personnels médicaux et personnels de la fonction publique hospitalière.

L'utilité de bien connaître les besoins à couvrir, les missions et les activités développées, les techniques mises en œuvre et les modes de prise en charge des patients et des personnes accueillies, en s'appuyant sur des comparaisons nationales, leur permettra aussi d'adapter l'appareil de formation, de veiller aux rééquilibrages nécessaires, de promouvoir l'attractivité des professions médicales et hospitalières et d'accompagner efficacement les restructurations et les réorganisations d'activité.

Les autorités de l'Etat en région et dans les départements devront enfin s'engager, de manière volontaire et harmonisée, dans une démarche de plus grande proximité avec les établissements des trois secteurs d'activité concernés, en assurant auprès d'eux une mission d'appui, de conseil, de soutien et d'accompagnement, mais aussi de contrôle en tant que de besoin.

Proposition n°33 : Inscrire l'Etat en régions et dans les départements dans un rôle de pilotage et de régulation de la modernisation de la politique d'organisation de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans une dynamique territoriale, en favorisant une approche anticipatrice et documentée des ressources humaines et en développant le dialogue social

2.2.3. Former, accompagner et outiller les acteurs du dialogue social

Dans le contexte novateur et volontariste de la loi du 5 juillet 2010, le dialogue social n'a de chances de se déployer pleinement que si tous les acteurs – au premier rang desquels les représentants des employeurs, les décideurs et les représentants des organisations syndicales – sont accompagnés de manière opérationnelle.

La concertation mise en place par la ministre chargée de la fonction publique – dite « agenda social » – prévoit de traiter ce sujet primordial de l'accompagnement avec les organisations syndicales représentatives dans les trois versants de la fonction publique. Le groupe a donc plus particulièrement cherché à mettre en évidence les propositions d'accompagnement utiles pour le dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux (praticiens hospitaliers et personnels de la FPH). Quatre leviers sont majoritairement retenus : la formation des acteurs, le soutien à la conduite de projets, la mobilisation des acteurs et opérateurs nationaux et les moyens syndicaux.

2.2.3.1. L'accompagnement par la formation

- ✓ Développer des modules de formation continue pour les professionnels et les syndicalistes actuellement en responsabilité. Ces modules pourraient :
 - indiquer les bases d'une gestion des ressources humaines respectueuse des professionnels et des patients tout en prenant en compte le souci d'efficience économique ;
 - rappeler les textes de base structurant le dialogue social à l'hôpital (loi de 2010, accords structurants de 2009 et 2012), expliquer les différences entre l'information, la consultation, la concertation ou la négociation et préciser les rôles respectifs des organisations syndicales (de praticiens hospitaliers et de personnels de la FPH) et des instances. Des formations communes aux acteurs permettraient que tout le monde parle bien de la même chose dans ces domaines ;
 - Améliorer la connaissance sur les acteurs du dialogue social : leur origine, leur stratégie, leur organisation,...

Proposition n°34 : Développer des modules de formation continue dans ces deux domaines pour les professionnels et les syndicalistes actuellement en responsabilité

- ✓ Définir un référentiel de formation initiale sur les bases du dialogue social et de la gestion des ressources humaines dans un établissement public sanitaire, social et médico-social.

Utilisable dans les écoles concernées, à commencer par l'EHESP, ce référentiel pourrait comprendre trois parties complémentaires :

- un aspect académique pour les notions de base ;
- des rencontres avec les équipes chargées des ressources humaines et les acteurs du dialogue social durant les stages, complétées par des réunions d'échanges entre stagiaires pour diversifier les expériences avant la prise de fonction ;
- des échanges avec des directeurs, praticiens hospitaliers, syndicalistes pour acquérir une vision très concrète des divers aspects de la gestion des ressources humaines et du dialogue social ;

En outre, pourrait être envisagée l'intégration d'un module sur les sciences humaines et le dialogue social dans la formation initiale ou spécialisée des internes, des étudiants en médecine, pharmacie et odontologie et des étudiants en formation paramédicale pour développer leur approche de la relation humaine et pour apprendre à travailler ensemble, en décloisonnant les logiques catégorielles pour s'inscrire dans une véritable dimension d'équipe aux compétences pluri-professionnelles fortement mise en avant par l'ensemble des participants au groupe 2.

Proposition n°35 : Définir un référentiel de formation initiale sur les bases du dialogue social et de la gestion des ressources humaines dans un établissement public sanitaire, social et médico-social

2.2.3.2. Accompagner la conduite de projet et soutenir les acteurs de terrain

Comme déjà indiqué, les projets au sein des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, sont particulièrement nombreux. Certains sont stratégiques mais tous, y compris les projets à première vue les plus modestes, ont leur importance. Les acteurs du dialogue social doivent être accompagnés dans cette dimension d'approche par projet.

Les mesures proposées ci-après nécessitent très peu de moyens au regard de leur apport à une conduite de projets éclairée, associant autant que faire se peut tous les acteurs concernés, chacun gardant bien entendu sa légitimité et sa responsabilité. Elles peuvent être engagées très rapidement, avec tous les acteurs, sans requérir de textes particuliers.

Elles nécessitent de :

- ✓ Etablir des référentiels de conduite de projets, avec les acteurs, le plus en amont possible comme la nécessité en a été soulignée par le groupe.

Ces référentiels pourraient porter sur des projets-types comme l'introduction d'une innovation, la réorganisation d'un service, d'un pôle ou d'un établissement, une restructuration multi-sites, un nouveau schéma directeur du système d'information, un aménagement des horaires de travail, le plan de formation,...

Ils expliciteraient comment associer l'encadrement et les agents, les organisations syndicales (PH et FPH) et les instances, en précisant la place que peuvent prendre respectivement l'information, la consultation, la concertation et la négociation selon différents éléments de contexte : délais, marges de manœuvre, ressources disponibles, motivation des acteurs.

Ils spécifieraient les éléments de cahier des charges pour l'éventuelle intervention de consultants, de manière à ce que ceux-ci intègrent bien la volonté de moderniser avec les agents, ce qui est beaucoup trop rarement le cas aujourd'hui.

Proposition n°36 : Etablir des référentiels de conduite de projets avec les acteurs, le plus en amont possible

- ✓ Mettre en place un dispositif de soutien aux acteurs de terrain pour la conduite de ces projets, par l'identification :

- de responsables de terrain ayant déjà une bonne pratique de ce type de démarche et aptes à accompagner des collègues souhaitant, pour la première fois, conduire sincèrement un projet avec les divers acteurs concernés : praticiens hospitaliers, encadrement, agents, responsables syndicaux et instances ;
- de syndicalistes susceptibles d'aider d'autres équipes syndicales à trouver leur place dans un processus vivant de consultation, de concertation ou de négociation ;
- de consultants ayant fait la preuve qu'ils savaient aider un établissement public sanitaire, social ou médico-social à conduire un projet lourd en intégrant le souci de déployer un dialogue social loyal.

Proposition n°37 : Mettre en place un dispositif de soutien aux acteurs de terrain pour la conduite de ces projets

2.2.3.3. Mobiliser les acteurs nationaux

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) pourrait mobiliser un organisme désigné par elle, en lien avec l'EHESP et l'ANFH, pour contribuer à accompagner les acteurs du dialogue social, en soutenant financièrement cette démarche dans un cadre pluriannuel, laquelle pourrait s'articuler autour de deux objectifs :

- donner aux acteurs du dialogue social dans les établissements toute leur place dans les orientations à porter et les méthodes à déployer pour tous les sujets dans lesquels les personnels sont concernés ;
- proposer des référentiels de conduite de projet décrits dans les propositions précédentes.

Concrètement :

- o dans le cas où une direction d'établissement omettrait dans son cahier des charges de prévoir l'association aux projets (selon des modalités à préciser) des organisations syndicales (PH et FPH) et des acteurs de terrain, cet organisme assumerait son rôle de conseil et d'assistance qui serait de faire une proposition incitant le directeur à dialoguer le plus en amont possible avec les acteurs concernés ;
- o cet organisme veillerait à ce que les missions ne soient confiées qu'à des équipes de consultants expérimentés ayant fait la preuve de leurs capacités à intégrer un dialogue social loyal dans leurs interventions.

Proposition n°38 : Mobiliser un organisme désigné par la direction générale de l'offre de soins en lien avec l'EHESP et l'ANFH, pour accompagner les acteurs du dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux

2.2.3.4. Accompagner les organisations représentatives par la mise à disposition de moyens syndicaux

Un dialogue social de qualité ne peut se déployer sans un accompagnement des acteurs par des moyens humains et logistiques. Il est prévu que cette importante question soit traitée dans le cadre de l'agenda social porté par la ministre en charge de la fonction publique pour les organisations syndicales représentatives des personnels de la fonction publique.

A ce stade, les membres du groupe ont indiqué leur volonté que soient précisément traités les sujets se rapportant aux conditions et aux modalités de gestion des permanents syndicaux, des délégués et des élus pour les organisations représentatives des personnels de la fonction publique hospitalière et que soient examinés ceux relatifs aux organisations représentatives des praticiens hospitaliers.

Proposition n°39 : Mettre en œuvre les décisions concernant les moyens syndicaux qui seront arrêtées dans le cadre inter-fonctions publiques de l'agenda social pour les personnels de la fonction publique, en prenant en compte les acquis et les spécificités des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux et développer, dans le même esprit, des moyens utiles à l'action des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers

2.2.4. Observer, suivre et évaluer

L'observation, le suivi et l'évaluation du dialogue social renvoient à trois démarches distinctes mais complémentaires. Le groupe en a unanimement signalé les insuffisances au niveau local voire territorial mais aussi à l'échelle régionale et inter-régionale et au plan national.

2.2.4.1. Assurer la veille et observer le dialogue social

Souvent, par le passé, malgré la mise en place de comités de suivi d'accords au plan national, il n'y a pas eu de bilans exhaustifs ni sur les modalités ni sur le contenu du dialogue social ainsi institué. Par exemple, sauf à ce que les informations soient toujours à disposition de l'administration centrale, il n'y a qu'une mémoire limitée des dispositifs de veille sociale, de la genèse et de la conclusion de conflits sociaux nationaux, mémoire encore plus limitée concernant la conflictualité locale.

Plus encore, c'est le besoin de recenser des expériences et pratiques réussies, de pouvoir relever les éléments marquants de l'organisation et de la gestion du dialogue social au plan local, qui se manifeste.

Au vu de ce constat, il est proposé d'avancer sur le sujet autour des éléments et propositions qui suivent.

- ✓ La mise en place d'une veille sociale se développe dans les établissements publics de santé et elle a été instituée au plan national. Il reste à la fois à la généraliser et à en harmoniser les contours. Cette veille sociale locale pourrait comprendre, par exemple (sans que cette énumération ne soit considérée comme complète) :
 - une analyse des risques et un recensement de divers événements par secteurs d'activité ;
 - une analyse des éléments relatifs à la vie de l'établissement au plan social (climat social et état des relations sociales, en particulier : bilan des réunions avec les OS, sujets récurrents soulevés, problèmes émergents...);
 - une analyse de la situation au plan de la gestion des ressources humaines pour ce qui relève de son influence et de son impact sur les relations sociales (démographie, structure des effectifs...).
- ✓ L'observation sociale comprend la veille sociale mais son champ est plus vaste. La diffusion des bonnes pratiques de dialogue social en fait partie. Il est proposé qu'un état des pratiques du dialogue social soit établi aux échelons régional, inter-régional et national ainsi que la mise en place, aux échelons pertinents, d'un baromètre, d'indicateurs et de référentiels sociaux. Ces démarches seraient concomitantes avec la mise en place d'une évaluation du dialogue social (voir ci-après).

Il est également indispensable de construire un dispositif paritaire d'observation des pratiques de dialogue social sur le terrain pour mesurer les progrès accomplis, favoriser le déploiement des pratiques jugées les plus pertinentes et les plus efficaces par les acteurs, en fonction notamment des caractéristiques (taille, spécialité...) des établissements concernés.

Un observatoire national de la veille et du dialogue social doit être constitué, soit de manière spécifique compte tenu de l'importance accordée à ces thématiques par l'ensemble des participants au groupe 2 (avec l'inconvénient de créer une instance supplémentaire), soit au sein de l'observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière, soit par création d'une commission spécialisée au sein du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

En tout état de cause, cet observatoire doit étendre son champ de compétence à l'ensemble des professionnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux (praticiens hospitaliers et personnels de la FPH) et travailler en lien étroit avec la direction générale de l'offre de soins, la direction générale de la cohésion sociale et le CNG pour la part qui les concerne.

Proposition n°40 : Mettre en place des dispositifs de veille sociale et un observatoire national du dialogue social pour les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux

2.2.4.2. Evaluer le dialogue social

✓ Ouvrir des espaces pour l'évaluation du dialogue social

Quels que soient les moyens techniques de suivi adoptés, la réalité du dialogue social de terrain ne pourra pas être appréciée sans que ceux qui le font vivre au quotidien ne disposent d'un temps et de lieux de mise en commun ou du moins d'échange.

Au plan local, il pourrait être recommandé à la fois dans le cadre d'un bilan des relations entre direction et organisations syndicales et dans la configuration des instances locales (CME, CTE, CSIRMT, CHSCT) de réaliser un point annuel sur la question du dialogue social. Cette démarche requiert une forte maturité des parties à ce dialogue (dont l'équipe d'animation du groupe fait le pari) pour sortir d'une posture convenue ou timorée et mettre les sujets en débat.

Au plan régional, la conférence, la commission ou le comité évoqué précédemment (Cf. supra § 2.2.1.2.3 et les propositions n° 20 et 21), serait l'instance adaptée pour évaluer la nature, le degré de maturité et la qualité du dialogue social.

✓ Construire un référentiel commun d'évaluation du dialogue social

Au travers des échanges au sein du groupe, il est apparu que la dynamique du dialogue social risque de s'essouffler, faute pour partie d'en assurer l'évaluation à tous les niveaux (local, territorial, régional, inter-régional et national).

Une gestion durable des ressources humaines passe en effet par la capacité développée par les établissements, les ARS et services déconcentrés de l'Etat et Les administrations centrales d'apprécier la qualité et la réalité du dialogue social comme de pouvoir anticiper les questions majeures qui se posent en ce domaine.

Parmi les outils les plus aisément mobilisables, celui du bilan social semble le plus pertinent en ce qu'il ne requiert pas l'invention d'un nouvel instrument de mesure. Il serait possible (comme cela se pratique déjà pour l'analyse nationale des bilans sociaux), de rassembler des informations complémentaires à celles du bilan social actuel aux niveaux régional, inter-régional et national.

Egalement les contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM) peuvent représenter de bons supports de suivi et d'évaluation du dialogue social, ce d'autant que le dialogue social devra être, en référence aux orientations ministérielles, un des constituants du projet régional de santé.

A la fois pour enrichir les projets et bilans sociaux comme pour préparer les CPOM, il est proposé de bâtir un référentiel commun. Ce référentiel permettrait d'analyser les apports du dialogue social local au profit des patients, des personnels et de la bonne marche (y compris économique) de l'établissement (diminution de l'absentéisme, état du recours à l'intérim et aux remplacements, gestion des impayés, appel à la sous-traitance,...).

Au plan national, il appartiendra aux parties prenantes à la discussion de définir l'instance appropriée. L'équipe d'animation du groupe émet la proposition, ouverte au débat, d'une rencontre annuelle sous la même forme et selon la même composition que celle du groupe 2 (dans sa formation plénière) de la mission du Pacte de confiance traitant du dialogue social. Cette démarche, participant d'un mode consultatif et participatif n'a pas pour objet de se substituer aux modalités et organisations en vigueur. Au contraire, sa mission serait celle d'un travail préparatoire aux réunions des instances consultatives nationales.

Proposition n°41 : Construire dans la concertation un référentiel d'évaluation du dialogue social commun à toutes les catégories professionnelles exerçant dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Conclusion

Le groupe 2 du Pacte de confiance pour l'hôpital a travaillé dans un esprit très ouvert et particulièrement constructif.

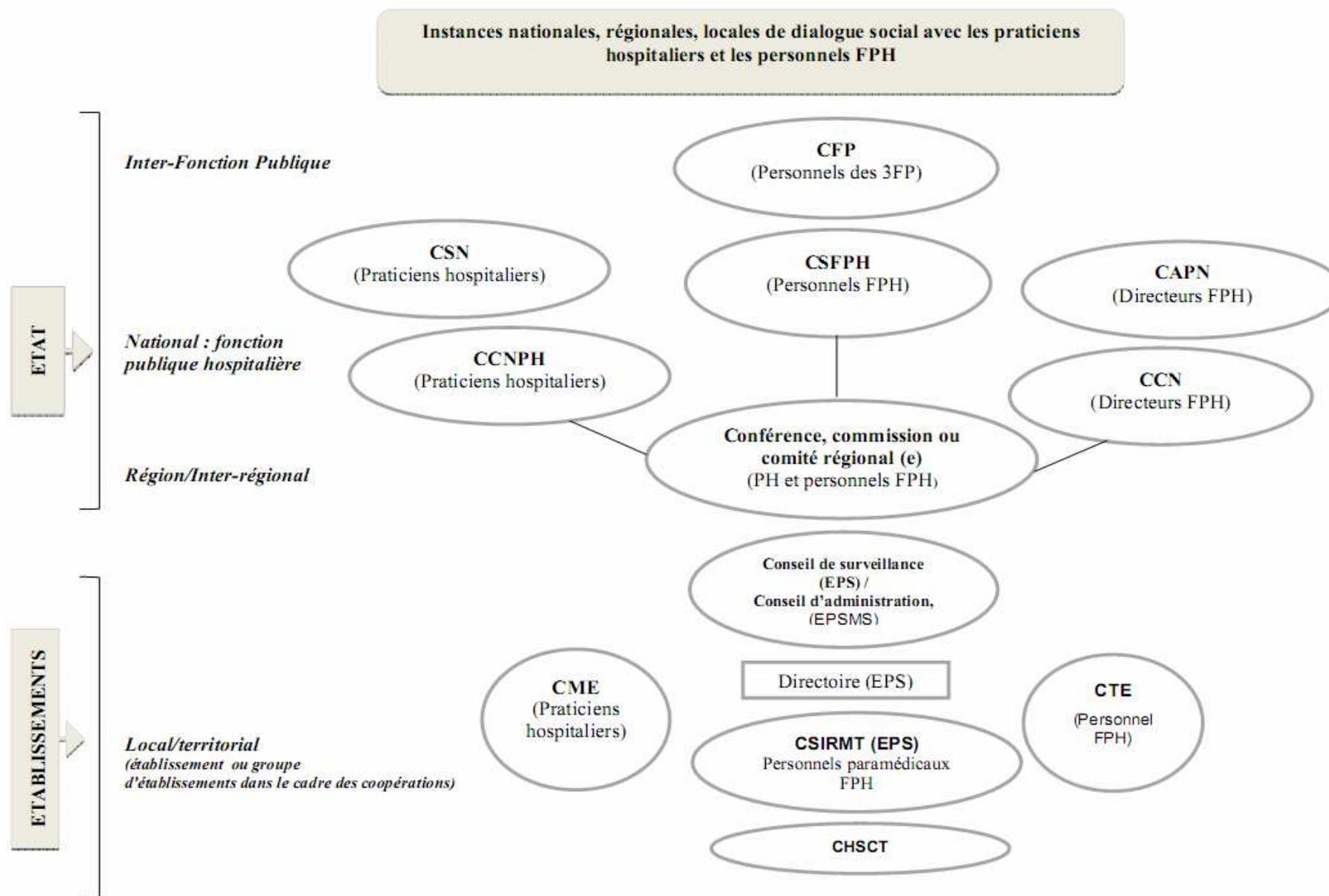
Riche de l'expérience de chacun de ses membres et animé par une volonté commune de faire du dialogue le fer de lance de la rénovation de la démocratie sociale dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ses réflexions ont permis de mesurer l'extrême attente des institutionnels et des professionnels pour que chaque agent, chaque organisation se sente considéré(e) et valorisé(e) pour la part qu'il/elle prend dans l'évolution du service public de santé.

Concilier la qualité et la sécurité des soins des patients et celles de la prise en charge des personnes accueillies avec la qualité de vie au travail des professionnels, tout en intégrant l'efficacité économique et en favorisant la performance sociale est un objectif certes ambitieux mais surtout unanimement partagé.

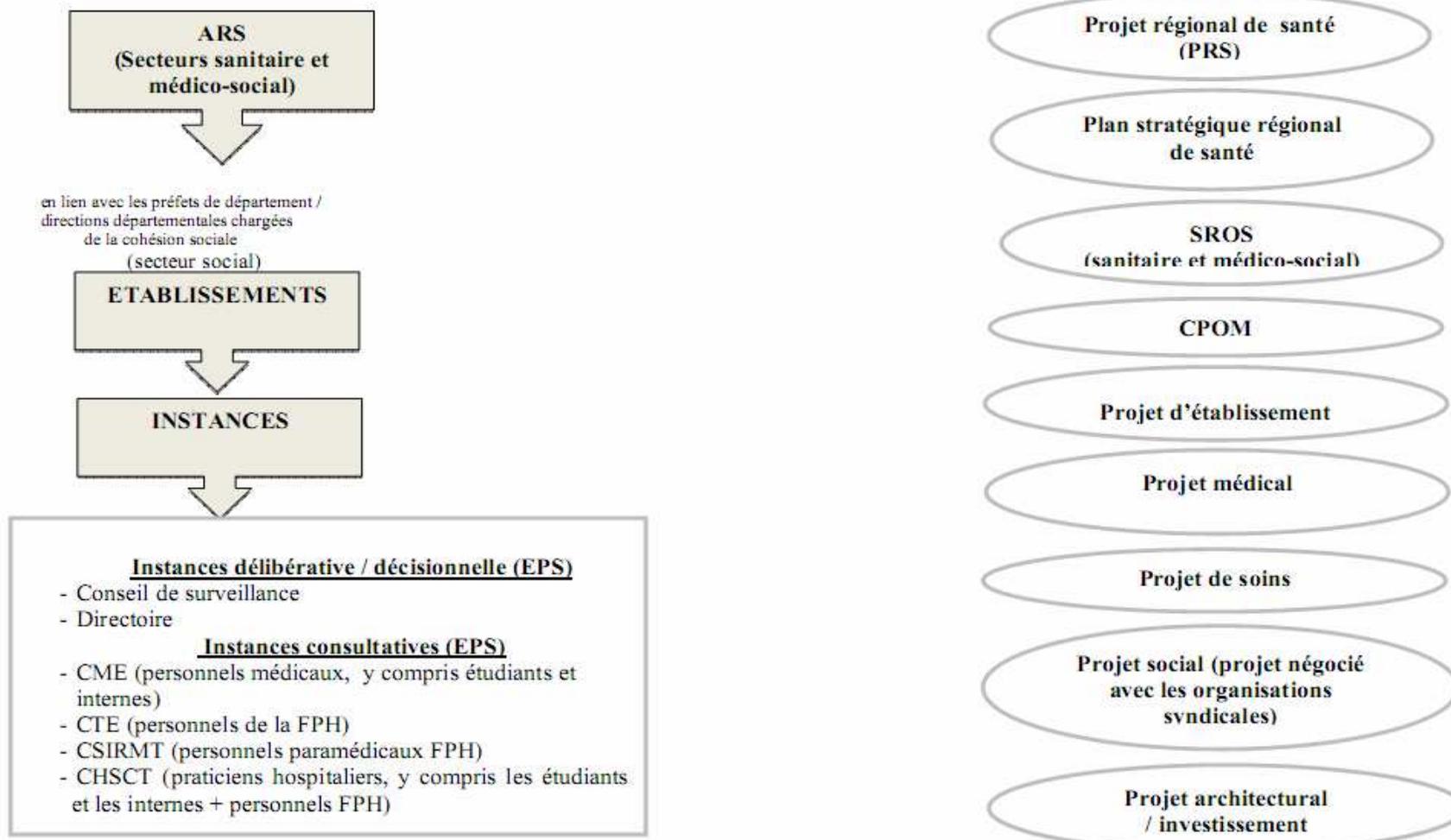
Œuvrer sur le terrain, au niveau local et territorial, pour en assurer la promotion dans une démarche d'information, de consultation, de concertation et de négociation à tous les niveaux pertinents sur les sujets touchant aux grands projets stratégiques des établissements et à la modernisation de la politique des ressources humaines doit devenir le fondement naturel de la relation sociale au sein de chaque institution.

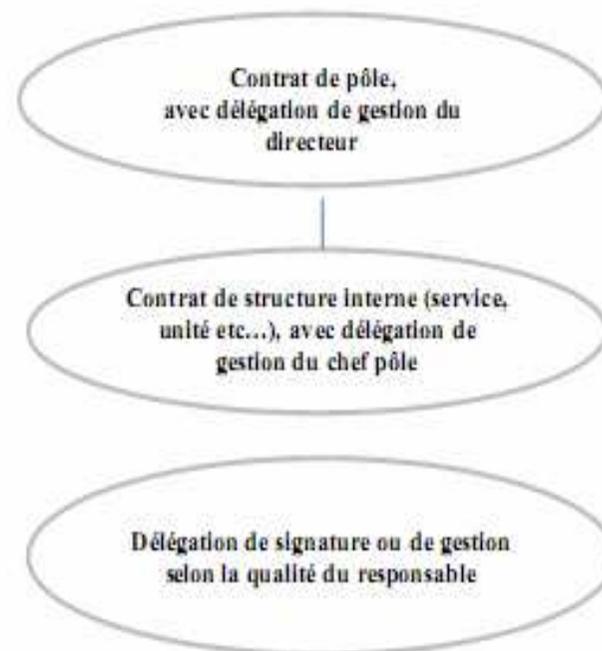
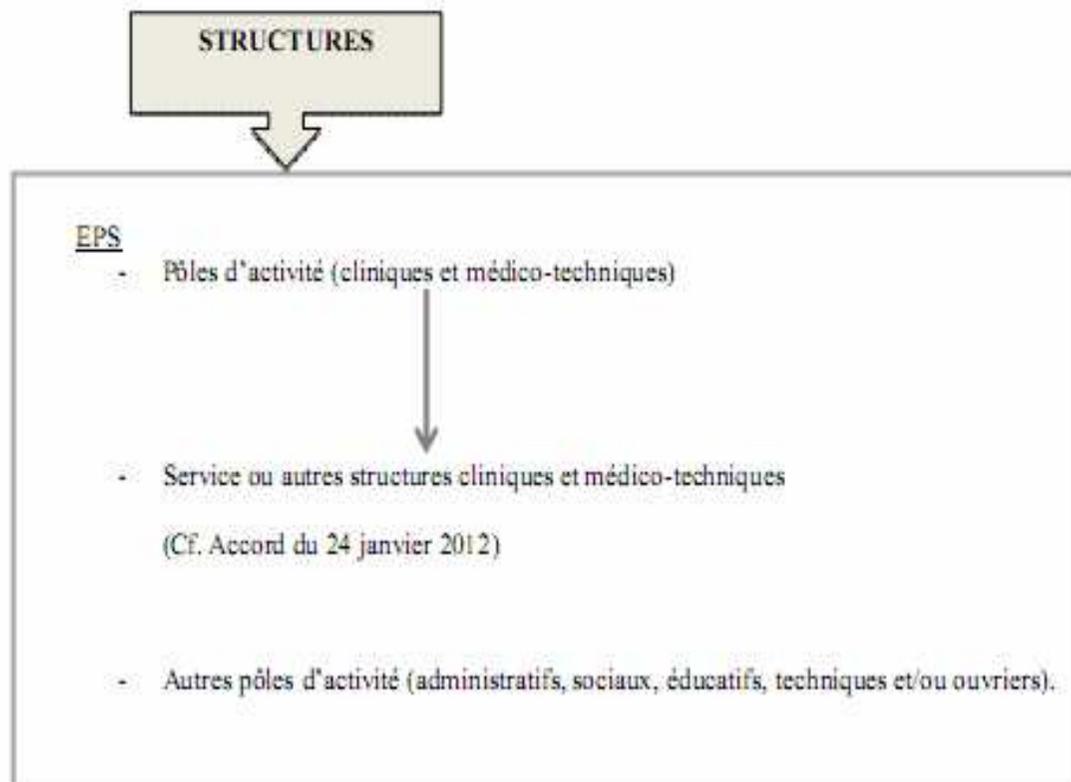
Car chacun s'est accordé à considérer que l'engagement et la motivation des agents, des cadres, des responsables médicaux, des représentants institutionnels et syndicaux mais aussi des directeurs et des équipes de direction passent par une reconnaissance mutuelle fondée sur un dialogue régulier, efficace et loyal pour construire une relation de confiance dans la durée, tant au sein des établissements qu'avec les autorités de l'Etat dans les départements, les régions et au niveau national.

Les travaux engagés par le groupe se concluent par **41 propositions en forme de recommandations** pour construire l'avenir, ensemble.



Niveaux / Acteurs / Instances / Structures / Sujet de dialogue social dans la fonction publique hospitalière





Liste des recommandations

1) Avertissement

Le tableau ci-dessous reprend la liste de chacune des recommandations du groupe 2 en indiquant l'autorité principalement chargée de leur application et l'échéance jugée pertinente pour leur mise en œuvre.

L'équipe d'animation du groupe 2 estime que deux préoccupations majeures doivent être prises en compte pour l'application de ces recommandations.

D'une part, le domaine en cause étant celui du dialogue social et de la gestion des ressources humaines, chaque responsable, au principal, de la mise en œuvre des propositions doit s'assurer de l'implication de l'ensemble des acteurs concernés (organisations syndicales, décideurs, personnels, cadres, responsables de pôles ou de structure, organismes ou institutions). Il s'agit d'une condition *sine qua non* de la réussite du déploiement des mesures proposées. Outre les acteurs du dialogue social eux-mêmes, certaines institutions, sans que la liste en soit exhaustive, telles que l'EHESP, l'ANFH, le CGOS, l'AGOSPAP ou la FHF, devront être parties prenantes, en tant que de besoin, de la préparation et de la mise en place des propositions.

D'autre part, si les recommandations ci-dessous concernent au premier chef les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, elles n'en doivent pas moins être mises en œuvre en cohérence avec les discussions en cours au sein des trois versants de la fonction publique (l'agenda social) et le processus de modernisation de l'action publique. Dans ces conditions, il revient à la DGOS, en particulier, de s'assurer d'un lien étroit de travail avec la DGAFP voire avec le Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP).

2) Tableau

| N° | Recommandations | Autorité responsable | Echéance |
|----|--|----------------------|------------|
| | RENFORCER LES FONDATIONS DU DIALOGUE SOCIAL A TOUS LES NIVEAUX | | |
| 1 | Aider les acteurs à s'approprier les contenus, les niveaux et les formes du dialogue social | DGOS + DGCS | 2013 |
| 2 | Identifier clairement les acteurs du dialogue social à tous les niveaux, de l'établissement au niveau national | DGOS+ DGCS | 2013 |
| 3 | Inviter les acteurs du dialogue social à s'assurer de leur degré d'autonomie avant d'engager toute négociation | DGOS + DGCS | PERENNE |
| 4 | Favoriser le dialogue social pour les praticiens hospitaliers dans un cadre juridique sécurisé | DGOS | 2013 |
| 5 | Engager au premier semestre 2013 une concertation sur la question de la représentativité syndicale des praticiens hospitaliers pour préparer notamment les prochaines élections professionnelles prévues en 2016 | DGOS + OS PH | Sans délai |

| | | | |
|----|--|---|------------|
| 6 | Faire vivre le dialogue social à tous les niveaux (inter-fonction publique, national, inter-régional, régional, territorial et local), en respectant le principe de faveur | DGOS + DGCS | PERENNE |
| 7 | Préciser les droits et obligations de l'ensemble des parties à la négociation | DGOS + DGCS + DGAFP | 2013 |
| 8 | Elaborer une charte du dialogue social, à tous ses niveaux d'expression, pour l'ensemble des acteurs du secteur public sanitaire, social et médico-social | MINISTRE | 2013 |
| | PRATIQUER LE DIALOGUE SOCIAL A TOUS LES NIVEAUX – VIVRE ET PROGRESSER ENSEMBLE PAR LE DIALOGUE SOCIAL | | |
| 9 | Encourager et ménager des espaces de dialogue social informel et promouvoir le management participatif | DGOS + DGCS + ACTEURS DU DS (CHEFS D'ETABLISSEMENT + OS FPH + OS PH) + CADRES + PH RESPONSABLES | Sans délai |
| 10 | Associer les représentants institutionnels et professionnels et les cadres aux projets stratégiques de l'établissement | DGOS + DGCS + CHEFS D'ETABLISSEMENT | Sans délai |
| 11 | Impliquer et reconnaître le rôle majeur des cadres dans cette nouvelle approche des ressources humaines et du dialogue social | DGOS + DGCS + CHEFS D'ETABLISSEMENT | Sans délai |
| 12 | Intégrer à la commission médicale d'établissement une représentation des étudiants en médecine, pharmacie et odontologie | DGOS | 2013 |
| 13 | Elargir les compétences de la commission médicale d'établissement dans les domaines de l'accueil et de l'intégration des professionnels médicaux, de la modernisation des ressources humaines dans le cadre de la démarche institutionnelle de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, avec la question centrale de la démographie médicale et du développement du dialogue social, tout en assurant une information détaillée sur la stratégie financière pluriannuelle de l'établissement et sur ses déclinaisons annuelles | DGOS | 2013 |
| 14 | Elargir les compétences du comité technique d'établissement dans les domaines de l'accueil et de l'intégration des professionnels non médicaux (y compris sur le déploiement de l'apprentissage), ainsi que du développement du dialogue social et soutenir sa démarche de développement de la politique sociale avec le CGOS et l'AGOSPAP et de la formation, avec l'ANFH, en lien avec la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, dont la question centrale de la démographie des professions non | DGOS +DGCS | 2013 |

| | | | |
|----|--|------------------------------|------|
| | médicales, tout en assurant une information détaillée sur la stratégie financière pluriannuelle de l'établissement et sur ses déclinaisons annuelles | | |
| 15 | Donner compétence aux commissions administratives paritaires locales sur les sujets relatifs à l'exercice professionnel partagé des personnels de la fonction publique hospitalière dans le cadre des coopérations entre établissements | DGOS + DGCS | 2013 |
| 16 | Renforcer le rôle de proposition de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico techniques en matière d'accueil des professionnels non médicaux et des stagiaires en formation | DGOS | 2013 |
| 17 | Faire en sorte que le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail traite systématiquement des questions intéressant les personnels médicaux, conformément à ses compétences législatives | DGOS + CHEFS D'ETABLISSEMENT | 2013 |
| 18 | Créer deux sous-commissions dans l'actuel comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail, l'une compétente pour les personnels médicaux sur la base d'une composition spécifique, l'autre pour les personnels de la fonction publique hospitalière, avec mise au point de réunions communes régulières sur les questions d'intérêt partagé, sans modification de sa composition actuelle | DGOS | 2013 |
| 19 | Mieux articuler les rôles et compétences du CHSCT et des autres instances consultatives de l'établissement (CME, CTE, CSIRMT) | DGOS | 2013 |
| 20 | Adapter le droit des instances délibératives et consultatives à la réalité de l'organisation territoriale des établissements (établissements référent et participant à des coopérations entre établissements) | DGOS + DGCS | 2013 |
| 21 | Transformer l'actuelle commission régionale paritaire, spécifique aux praticiens hospitaliers, en un espace formalisé de dialogue social régional réunissant l'ensemble des partenaires institutionnels et professionnels concernés avec, le cas échéant, mise en place de deux sous-commissions, l'une compétente pour les personnels médicaux et l'autre pour les personnels de la fonction publique hospitalière, avec réunions communes sur les sujets d'intérêt partagé | DGOS + ARS | 2013 |
| 22 | Conférer en outre à cet espace formalisé du dialogue social régional une mission de médiation-conciliation et de prévention des conflits dans le champ des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux | DGOS + DGCS + ARS | 2013 |
| 23 | Préciser et compléter les compétences du comité consultatif national des praticiens hospitaliers | DGOS | 2013 |

| | | | |
|----|--|--|-------------|
| 24 | Mieux articuler les missions et le fonctionnement des commissions statutaires nationales et du comité consultatif national des praticiens hospitaliers | DGOS | 2013 |
| 25 | Mieux articuler les missions et le fonctionnement du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, des comités consultatifs nationaux des directeurs et de l'observatoire national des métiers et des compétences de la fonction publique hospitalière | DGOS + DGCS | 2013 |
| 26 | Décloisonner les comités consultatifs nationaux des trois corps de directeurs de la fonction publique hospitalière | DGOS + DGCS + CNG | 2013 |
| 27 | Compléter le champ de compétence des commissions administratives paritaires nationales des trois corps de directeurs de la fonction publique hospitalière sur la question du temps professionnel partagé | DGOS + DGCS + CNG | 2013 |
| 28 | Avant l'engagement d'une négociation, se préoccuper des conditions de sa réussite | DGOS + DGCS + ACTEURS DU DS (CHEFS D'ETABLISSEMENT + OS FPH + OS PH) | PERENNE |
| 29 | Faire porter d'abord le dialogue social local et, en particulier la négociation, sur les sujets déclarés prioritaires par les praticiens hospitaliers et les personnels de la fonction publique hospitalière | DGOS + DGCS + ACTEURS DU DS (CHEFS D'ETABLISSEMENT + OS FPH + OS PH) | PERENNE |
| 30 | Former les acteurs au repérage précoce des situations dans lesquelles une médiation-conciliation est utile et savoir mobiliser les compétences aptes à rétablir le dialogue entre les parties concernées | DGOS + DGCS | 2013 - 2014 |
| | CLARIFIER, AFFIRMER ET INTENSIFIER LE ROLE DE PILOTAGE ET DE REGULATION DE L'ETAT ET ACCOMPAGNER LES ACTEURS | | |
| 31 | Définir au niveau national des grandes orientations stratégiques pluriannuelles éclairées des tendances économiques pour donner une plus grande lisibilité aux partenaires du dialogue social à tous les niveaux | MINISTRE | PERENNE |
| 32 | Inciter l'Etat central à constituer des circuits d'informations organisés et rapides, mettre à disposition des guides méthodologiques et des référentiels actualisés tout en assurant des réponses aux demandes d'expertise en matière de dialogue social et de ressources humaines, notamment au profit de l'Etat en régions et dans les départements | DGOS + DGCS | 2013 - 2014 |
| 33 | Inscrire l'Etat en régions et dans les départements dans un rôle de pilotage et de régulation de la modernisation de la politique d'organisation de l'offre sanitaire, sociale et | DGOS + DGCS + ARS | 2013 - 2014 |

| | | | |
|----|---|---------------------------------|-------------|
| | médicosociale dans une dynamique territoriale, en favorisant une approche anticipatrice et documentée des ressources humaines et en développant le dialogue social | | |
| 34 | Développer des modules de formation continue dans ces deux domaines pour les professionnels et les syndicalistes actuellement en responsabilité | DGOS + DGCS + OS FPH + OS PH | 2013 - 2014 |
| 35 | Définir un référentiel de formation initiale sur les bases du dialogue social et de la gestion des ressources humaines dans un établissement public sanitaire, social et médico-social | DGOS + DGCS | 2013 - 2014 |
| 36 | Etablir des référentiels de conduite de projets avec les acteurs, le plus en amont possible | DGOS + DGCS | 2013 - 2014 |
| 37 | Mettre en place un dispositif de soutien aux acteurs de terrain pour la conduite de ces projets | DGOS + DGCS | 2013 - 2014 |
| 38 | Mobiliser un organisme désigné par la Direction générale de l'Offre de Soins en lien avec l'EHESP et l'ANFH, pour accompagner les acteurs du dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux | DGOS + DGCS | 2013 - 2014 |
| 39 | Mettre en œuvre les décisions concernant les moyens syndicaux qui seront arrêtées dans le cadre inter fonctions publiques de l'agenda social pour les personnels de la fonction publique, en prenant en compte les acquis et les spécificités des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux et développer, dans le même esprit, des moyens utiles à l'action des organisations représentatives des praticiens hospitaliers | DGOS + DGCS + DGAFP | 2013 |
| 40 | Mettre en place des dispositifs de veille sociale et un observatoire national du dialogue social pour les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux | DGOS + DGCS | 2013 - 2014 |
| 41 | Construire dans la concertation un référentiel d'évaluation du dialogue social commun à toutes les catégories professionnelles exerçant dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux | DGOS + DGCS + OS FPH + OS PH | 2013 |

Liste des annexes

- Annexe 1** Lettre de mission du 6 septembre 2012 adressée par Madame Marisol TOURAINE, Ministre des affaires sociales et de la santé à M. Edouard COUTY
- Annexe 2** Liste des participants au groupe 2 du pacte de confiance pour l'hôpital chargé « du dialogue social et de la gestion des ressources humaines »
- Annexe 3** Programme de travail du groupe 2
- Annexe 4** Maquette du questionnaire informatisé et lexique d'accompagnement. Exploitation des réponses au questionnaire informatisé
- Annexe 5** Calendrier des travaux du groupe 2 : séances plénières et séances en sous-groupes « praticiens hospitaliers » et « personnels de la fonction publique hospitalière »
- Annexe 6** Liste des personnalités auditionnées par le groupe 2 en séance plénière et liste des personnalités auditionnées par l'équipe d'animation du groupe 2
- Annexe 7** Fiche sur l'éthique du management
- Annexe 8** Diaporama sur la loi du 5 juillet 2010 portant rénovation du dialogue social dans la fonction publique
- Annexe 9** Fiches et tableaux relatifs aux objectifs et thèmes considérés comme prioritaires par le groupe et présentant un intérêt commun pour les praticiens hospitaliers et les personnels de la fonction publique hospitalière



Annexe 1

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le

- 6 SEP. 2012

CAB POS - EP/FR - Mc. D. 12-4725

Monsieur, *Cher Edouard Corty,*

Au cours des dernières années, le service public hospitalier a été mis en cause. L'approche marchande de la santé et l'objectif prioritaire de production d'activité ont occulté les valeurs fondatrices du service public hospitalier : solidarité, égalité d'accès, engagement collectif de tous les acteurs.

L'absence de la dimension humaine et globale dans la prise en charge trop souvent segmentée des patients, la qualité dégradée des relations entre les professionnels ont conduit à une perte de confiance. Ce constat, partagé par un grand nombre d'acteurs, exige des réponses concrètes et des changements adaptés.

En premier lieu, je souhaite promouvoir un service public hospitalier moderne à hauteur des enjeux de la santé publique du XXI^{ème} siècle, répondant aux attentes des malades et au sein duquel les compétences et l'engagement des professionnels, qui font toute sa valeur, soient reconnus. Ce service public hospitalier, pièce maîtresse de notre système de soins doit mieux s'intégrer dans son environnement et mieux garantir la continuité dans la prise en charge des patients.

Il s'agit également de donner une nouvelle impulsion au dialogue social à l'hôpital public. Je souhaite que les responsables et l'ensemble des acteurs mesurent les enjeux du secteur et construisent par le dialogue des solutions concrètes d'amélioration du fonctionnement et de rénovation de la gestion des ressources humaines. L'objectif est de rétablir la confiance des professionnels dans l'avenir du service public hospitalier.

Je souhaite donc sans attendre engager les travaux pour le pacte de confiance à l'hôpital sur les trois axes suivants :

- Le service public hospitalier dans le système de soins : la réflexion portera sur la place du service public hospitalier, ses missions, ses liens avec les autres acteurs du système de soin : médecine de ville, établissements privés de soin, secteur médico-social.

- Un service public hospitalier moderne ne peut se concevoir sans que soit mises en place les modalités d'un dialogue social local bien structuré et de qualité. De même, devront être évoquées dans les travaux sur cet axe, des conditions d'une gestion adaptée des ressources humaines permettant d'anticiper les évolutions et de mieux intégrer les réformes.
- Enfin les modalités d'organisation et de fonctionnement du service public hospitalier devront être adaptées à ce nouveau contexte d'un service public modernisé et d'un dialogue social renouvelé. Ce sera l'objet du troisième axe de réflexion.

Les travaux pour le pacte de confiance à l'hôpital, que je vous demande de piloter, associeront largement tous les acteurs concernés : représentants des malades, professionnels et personnalités qualifiées.

En fonction des thèmes traités et des groupes de travail que vous mettrez en place tous les acteurs concernés devront être conviés.

Vous disposerez pour mener à bien votre mission de l'appui des services du ministère (DGOS, CNG, IGAS) à travers la mise en place d'une équipe de mission qui participera aux travaux et fournira, si besoin la documentation nécessaire aux groupes de travail.

Ces travaux comporteront deux phases :

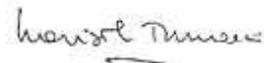
- une phase de consultation visant à échanger les points de vue et permettant de produire un document de synthèse que vous me remettrez à la fin du mois de décembre 2012.
- sur la base de cette synthèse, je définirai des orientations, déciderai de l'ouverture éventuelle de négociations et prendrai les dispositions pour une mise en œuvre concrète (texte législatifs ou réglementaires).

Ainsi le pacte de confiance pour le service public hospitalier résultera d'une large concertation préalable nécessaire à la mise en œuvre des changements dès 2013.

Je sais pouvoir compter sur votre engagement pour cette mission qui prépare l'avenir de l'hôpital public.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma sincère considération.

Très amicalement,



Marisol TOURAINE

| PACTE DE CONFIANCE POUR L'HÔPITAL PUBLIC | | | | | |
|--|--|--|--|------------|---|
| Proposition pour la constitution des 2 sous-groupes (FPH et praticiens hospitaliers) | | | dont Sous-groupe | | |
| ENTITES | | Participant 1 | FPH | PRATICIENS | |
| Collectivités territoriales | Association des régions de France | Participation actée mais participants non encore communiqués | 1 | 0 | |
| | Association des départements de France | | 1 | 0 | |
| | Association des maires de France | | 1 | 1 | |
| Usagers | Collectif Interassociatif Sur la Santé | Claude FINKELSTEIN | 1 | 1 | |
| Organismes de régulation et de financement | Collège des DG d'ARS | Chantal DE SINGLY | 1 | 1 | |
| Professionnels | Syndicats des personnels non médicaux | CFDT | Dominique COIFFARD | 1 | 0 |
| | | SYNCASS-CFDT | Cathy LEGUAY-PORTADA | 1 | 0 |
| | | CFE-CGC | Daniel BONTE | 1 | 0 |
| | | CFTC | Yannick LARTIGUE | 1 | 0 |
| | | CGT | Ghislaine RAOUAFI | 1 | 0 |
| | | UFMICT-CGT | Philippe CREPEL | 1 | 0 |
| | | FO | Denis BASSET | 1 | 0 |
| | | CH-FO | Christian GATARD | 1 | 0 |
| | | SMPS | Catherine LATGER | 1 | 0 |
| | | SUD SANTE-SOCIAUX | Participation actée mais participants non encore communiqués | 1 | 0 |
| | UNSA | Françoise KALB | 1 | 0 | |
| | Syndicats des personnels médicaux | AMUF | Dr Yves LAYBROS | 0 | 1 |
| | | Avenir hospitalier | Dr Didier REA | 0 | 1 |
| | | | Dr Nicole SMOLSKI | 0 | 1 |
| | | CMH | Dr Jean-Gérard GOBERT | 0 | 1 |
| | | | Dr Marie-Hélène BERTOCCHIO | 0 | 1 |
| CPH | | Dr Jean Claude PENOCHET | 0 | 1 | |
| INPH | Dr Jacques TREVIDIC | 0 | 1 | | |
| | Dr Alain JACOB | 0 | 1 | | |
| | Dr Jean-Louis VAILLEAU | 0 | 1 | | |
| SNAM-HP | Dr Jean-Pierre ESTERNI | 0 | 1 | | |
| | Pr Jean-Pierre PRUVO | 0 | 1 | | |
| | ISNH - Inter Syndicat National des Internes des Hopitaux | François PETITPIERRE | 0 | 1 | |

| PACTE DE CONFIANCE POUR L'HÔPITAL PUBLIC | | | | | |
|--|---------------------------------|--|---|---------------------|---------------------|
| Proposition pour la constitution des 2 sous-groupes (FPH et praticiens hospitaliers) | | | | dont Sous-groupe | |
| ENTITES | | | Participant 1 | FPH | PRATICIENS |
| | Internes | ISNAR-IMG : InterSyndical national autonome représentative des Internes de médecine générale | Emmanuel BAGOURD | 0 | 1 |
| | Etudiants | ANEMF : Association nationale des étudiants de médecine en France | Pierre CATOIRE | 0 | 1 |
| | Chefs de clinique et assistants | ISNCCA - Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistant | Dr Julien ADAM | 0 | 1 |
| Fédérations et conférences | | FHF | Nadine BARBIER | 1 | 1 |
| | | CNDEPAH | Virginie BORJA | 1 | 1 |
| | | Conférence nationale des directeurs généraux de CHRU | Bernard ROEHRICH | 1 | 1 |
| | | Conférence nationale des directeurs de CH | Eric GUYADER | 1 | 1 |
| | | Association nationale des directeurs des établissements de santé mentale | Antoine DE RICCARDIS | 1 | 0 |
| | | Conférence des présidents de CME de CHU | Pr Philippe PAQUIS | 0 | 1 |
| | | Conférence nationale des Présidents de CME des centres hospitaliers | Dr Sylvie PERON | 0 | 1 |
| | | Conférence nationale des Présidents de CME de CHS | Dr Annie GALVAIN-KELLY | 0 | 1 |
| | | Président de la conférence des doyens de médecine | Pr Henri COUDANE | 0 | 1 |
| | | ANFH | Emmanuelle Quillet | sur certains sujets | sur certains sujets |
| | | CGOS | Hélène VIDAL | sur certains sujets | sur certains sujets |
| Deux personnes qualifiées (1 par sous-groupe) à valider - cf. feuille de route groupe 2 | | | Représentant des usagers Pierre GAUTHIER, Sociologue | 1 | 1 |

PACTE DE CONFIANCE POUR L'HOPITAL
GROUPE 2 : LE DIALOGUE SOCIAL A L'HOPITAL ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

PROGRAMME DE TRAVAIL
Le dialogue social local et la gestion des ressources humaines à l'hôpital

1. PARTIE 1. UN DIALOGUE SOCIAL POUR QUOI FAIRE ET POUR QUI DANS L'HOPITAL DE DEMAIN ? LE DIALOGUE SOCIAL LOCAL AUJOURD'HUI : CONSTATS – BILANS – ENJEUX – AXES DE MODERNISATION.

➤ **THEME N°1. La notion de dialogue social dans un système de fonction publique**

- Les dispositions générales de la loi du 5 juillet 2010 introduisent de nouvelles modalités d'organisation du dialogue social
 - Élargissement de la liste des thèmes susceptibles de faire l'objet de négociation
 - Ouverture de la possibilité d'engager des négociations aux différents niveaux de l'administration avec des précisions sur l'articulation entre ces différents niveaux
 - Détermination des organisations syndicales habilitées à négocier avec le gouvernement ou l'autorité administrative ou territoriale compétente
 - Introduction des critères de reconnaissance de la validité des accords
- Pour les praticiens : accord cadre du 24 janvier 2012 relatif à l'exercice médical à l'hôpital
- L'objet de la négociation. Les thèmes suivants sont susceptibles de faire l'objet de négociation :
 - L'évolution des rémunérations et le pouvoir d'achat
 - Les conditions et l'organisation du travail et du télétravail
 - Le déroulement des carrières et la promotion professionnelle
 - La formation professionnelle et continue. Le développement professionnel continu
 - L'action sociale et la protection sociale complémentaire
 - L'hygiène, la sécurité et la santé au travail
 - L'insertion professionnelle des personnes handicapées
 - L'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes
 - L'attractivité des carrières, la fidélisation des personnels, la GPEC, la coopération entre les professionnels de santé, la mutualisation des compétences, le tutorat et le consultanat, l'exemplarité de la FPH dans les domaines du recrutement des jeunes et de la situation des seniors...
- Les constats que vous dressez sur la question du dialogue social dans les établissements ; ce qui fonctionne bien, ce qui fonctionne moins bien et les raisons de ces appréciations positives, négatives ou nuancées
- Pour vous, quels sont les thèmes relevant du dialogue social local ?

➤ **THEME N°2. Adaptation à l'hôpital – Axes de modernisation**

- Les points de recouvrement avec les thèmes traités dans le cadre de l'agenda social inter fonctions publiques. Déclinaison, avec le groupe, des axes principaux de cette adaptation de l'hôpital au plan social, au niveau local
- Déclinaison dans les établissements des thèmes de la loi de 2010 et de l'accord cadre respectivement pour mes personnels de la FPH et pour les praticiens

2. PARTIE 2. POUR UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ANTICIPATRICE DONT LE DIALOGUE SOCIAL EST UN DES FONDEMENTS

➤ THEME N°3. Sur quoi doit-elle reposer ; quels en sont les éléments clés, comment la faire partager, quelle place pour les responsables de structures (chefs de pôle, cadres...) et les partenaires sociaux dans son élaboration, son déploiement, son suivi et son évaluation ?

- Les enjeux du recrutement et de la fidélisation des personnes (et de la cohésion des équipes)
- La formation au cœur du dialogue social, notamment au plan de la promotion professionnelle
- La gestion des emplois, des compétences, des parcours professionnels dans l'institution et dans une trajectoire personnalisée de carrière
- Les enjeux de coopération entre professionnels et de métiers intermédiaires en santé
- L'usager partenaire dans l'évolution des établissements
- La fonction GRH en institutions et hors des établissements : répartition des rôles et compétences, déclinaison des actions de GRH par niveaux
- Organisation du travail, conditions de vie au travail, santé au travail, temps de travail, conciliation projet professionnel/projet personnel
- Dialogue social et grands projets de l'établissement

3. PARTIE 3. UN DIALOGUE SOCIAL A L'HOPITAL DE DEMAIN : QUOI ET COMMENT ? CONTENU ET FORME DU DIALOGUE SOCIAL LOCAL.

➤ THEME N°4. Les contenus, les niveaux et les espaces du dialogue social local

- Le dialogue social local/régional/national : quelles sont selon vous les bases d'un dialogue social de qualité ?
- Comment s'organise ce dialogue social (niveaux pertinents) ?

➤ THEME N°5. Les acteurs et les instances. Qui participe, qui anime, qui coordonne, qui décide s'agissant du dialogue social local ?

- Quel doit être selon vous le rôle de l'Etat (régional et national) dans le nouvel équilibre souhaité pour un dialogue social revu selon les modalités de la loi de juillet 2010 et de l'accord-cadre sur l'exercice médical ?
- Les organisations syndicales et les représentants des employeurs
- Le positionnement des différentes instances et structures et des différents acteurs dans le dialogue social
- Comment reconnaître la place des différents acteurs et interlocuteurs ?
- La dimension institutionnelle du dialogue social local
 - Dialogue social/projet d'établissement/projet social
 - Dialogue social et contractualisation interne/externe
 - Certification des établissements et dialogue social
 - Le dialogue social dans les nouvelles structures (CHT, GCS, structures en direction commune...)

➤ THEME N°6. L'organisation et la conduite du dialogue social

- Clarification de la nature du dialogue social par sujet : information – consultation – concertation – négociation.
- Cadre, agenda, méthode, etc.

➤ THEME N°7. La validité des accords et le principe de faveur

- Quelle assise de l'accord local, comment engage t'il les différents partenaires et quelle opposabilité ?
- Valeur juridique des accords
- Déclinaison du principe de faveur dans les établissements : articulation accords nationaux/accords locaux

- Modalités de suivi, d'évaluation et de révision des accords

- **THEME N°8. Les droits et les moyens du dialogue social et les mesures d'accompagnement**
 - Quelles conditions pour faciliter le dialogue social aujourd'hui et demain ?
 - Quel accompagnement souhaité ?
 - Droits et obligations des parties au dialogue
 - Formation des acteurs au dialogue social
 - Moyens techniques et logistiques

- **THEME N°9. La reconnaissance et la réussite du dialogue social local**
 - Quelle conception de la démocratie sociale au sein des établissements de la fonction publique hospitalière ?
 - Comment instaurer et préserver la culture du dialogue social ?
 - Comment évaluer la qualité du dialogue social

14/11/12

| |
|---|
| TABLEAU GROUPE 2 ELEMENTS DE LEXIQUE |
|---|

4. NIVEAU INTERNE

4.1. *Les instances de l'établissement*

Il s'agit de toute instance prévue par un texte législatif ou réglementaire :

- conseil de surveillance ;
- conseil d'administration (établissements sociaux et médico-sociaux) ;
- commission de surveillance (établissements de l'aide sociale à l'enfance non personnalisés) ;
- directoire ;
- commission médicale d'établissement (et sous-commissions) ;
- comité technique d'établissement ;
- commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ;
- etc.

4.2. *Les structures d'organisation interne*

4.2.1. **Les pôles d'activité clinique et médico-technique dans les CHR et CH et les pôles hospitalo-universitaires dans les CHU**

Ces pôles définis dans le code de la santé publique comportent des structures internes qui peuvent revêtir des dénominations différentes :

- service ;
- unité fonctionnelle ;
- département ;
- toute autre dénomination d'une structure interne du pôle...

4.2.2. **Les autres structures internes (administratives, techniques, logistiques, socio-éducatives, sociales...)**

Elles peuvent également revêtir des dénominations différentes selon les établissements :

- direction ;
- pôle ;
- service ;
- unité fonctionnelle ;
- toute autre dénomination.

5. FORME DU DIALOGUE SOCIAL

« Information », « consultation », « concertation », « négociation », sont autant de modalités qui participent du dialogue social. Elles peuvent s'interpénétrer, chacune remplissant une fonction particulière²¹.

5.1. *Information*

- Tout évènement, tout fait, tout jugement porté à la connaissance d'un public plus ou moins large, sous forme d'images, de textes, de discours²²;
- Information ascendante et information descendante.

5.2. *Consultation*

- recueil d'avis, tour de table plus ou moins exhaustif des opinions en présence²³

5.3. *Concertation*

- S'entendre pour agir de concert²⁴

5.4. *Négociation*

- Discussions entre des partenaires au dialogue social menées en vue d'aboutir à un accord sur les problèmes posés²⁵.

6. LES PARTIES AU DIALOGUE SOCIAL

6.1. *L'employeur*

Il s'agit du représentant légal de l'établissement : directeur, chef d'établissement dans les établissements dotés de la personnalité morale, président de l'organe délibérant de la collectivité territoriale pour les établissements non personnalisés.

6.2. *Autres professionnels*

6.2.1. **Les praticiens hospitaliers**

Il s'agit en particulier des chefs de pôle, des responsables de structures internes (service, unité fonctionnelle, département, etc.

6.2.2. **Les cadres hospitaliers**

Traditionnellement²⁶, quatre missions principales se dégagent pour les cadres hospitaliers :

- une mission de management d'équipes et d'organisations ;
- une mission transversale ou de responsabilité de projet ;
- une mission d'expert ;
- une mission de formation (initiale ou continue).

Dès lors que le positionnement des cadres est évoqué au sein des « parties au dialogue social », la logique voudrait que seuls les cadres encadrants soient ici retenus. Est considéré comme cadre encadrant tout agent investi d'une fonction d'encadrement de personnels, quelle que soit la part qui

²¹ Faire vivre le dialogue social dans la fonction publique hospitalière (Jean-Paul Guillot)

²² Dictionnaire Larousse

²³ Faire vivre le dialogue social dans la fonction publique hospitalière (Jean-Paul Guillot)

²⁴ Dictionnaire le Robert

²⁵ Dictionnaire Larousse

²⁶ Cf. le rapport de la mission Cadres Hospitaliers, présenté le 11 septembre 2009 à la ministre de la santé et des sports par Chantal de Singly (rapporteur général : Bernard Verrier)

y est consacrée dans son temps de travail et quel que soit le niveau de l'encadrement exercé (cadre de pôle, cadre de proximité...).

6.3. Degré d'autonomie du dialogue social local

- **pleine autonomie** : intervention du dialogue social exclusivement au niveau local, de « première intention », sans préexistence d'un cadrage ou d'une mise en œuvre d'un niveau supérieur ;
- **déclinaison locale** : intervention du dialogue social local avec préexistence d'un cadrage national (avec ou sans accord national) mais accompagnée de marge de manœuvre au niveau local (principe de faveur) ;
- **application directe** : intervention du dialogue social local sans aucune marge de manœuvre, en application d'un cadrage ou d'un accord de niveau national, par exemple prévu par un texte législatif ou réglementaire, une circulaire etc.

PACTE DE CONFIANCE POUR L'HOPITAL
 Groupe 2 « dialogue social et GRH »
 Support de recueil des positionnements des membres du groupe

1. Evolution des rémunérations et pouvoir d'achat

1.1. Rémunération principale / Emoluments hospitaliers / Point fonction publique

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 11 Forme du dialogue | 11 Parties au dialogue social |
| 11 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 11 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 11 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salarisés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

1.2. Régime indemnitaire/ PFR

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 12 Forme du dialogue | 12 Parties au dialogue social |
| 12 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 12 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 12 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salarisés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

1.3. Intéressement collectif

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 13 Forme du dialogue | 13 Parties au dialogue social |
| 13 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 13 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 13 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salarisés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

#P#

Suivant

1. Evolution des rémunérations et pouvoir d'achat (suite)

1.4 Observations

2. Conditions et organisation du travail et du télétravail

2.1. Fiche / profil de poste

| | | |
|--|---|---|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>21 Interne</p> <p><input type="checkbox"/> Instances</p> <p><input type="checkbox"/> Structures</p> <p>21 Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Territorial</p> <p><input type="checkbox"/> Régional</p> <p><input type="checkbox"/> Inter-Régionalité</p> <p><input type="checkbox"/> National - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> National - PH</p> <p><input type="checkbox"/> National - Inter FP</p> <p><input type="checkbox"/> Europe / International</p> | <p>21 Forme du dialogue</p> <p><input type="checkbox"/> Info.</p> <p><input type="checkbox"/> Consult.</p> <p><input type="checkbox"/> Concert.</p> <p><input type="checkbox"/> Négo.</p> <p style="background-color: #e1bee7;"> 21 Degré d'autonomie du dialogue social local </p> <p><input type="checkbox"/> Pleine autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Déclinaison locale</p> <p><input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local</p> | <p>21 Parties au dialogue social</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen</p> <p><input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres</p> <p><input type="checkbox"/> OS - PH</p> <p><input type="checkbox"/> OS - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants</p> <p><input type="checkbox"/> Salarés</p> <p><input type="checkbox"/> Usager</p> <p><input type="checkbox"/> Décideurs</p> |
|--|---|---|

2.2. Recrutement

| | | |
|--|---|---|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>22 Interne</p> <p><input type="checkbox"/> Instances</p> <p><input type="checkbox"/> Structures</p> <p>22 Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Territorial</p> <p><input type="checkbox"/> Régional</p> <p><input type="checkbox"/> Inter-Régionalité</p> <p><input type="checkbox"/> National - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> National - PH</p> <p><input type="checkbox"/> National - Inter FP</p> <p><input type="checkbox"/> Europe / International</p> | <p>22 Forme du dialogue</p> <p><input type="checkbox"/> Info.</p> <p><input type="checkbox"/> Consult.</p> <p><input type="checkbox"/> Concert.</p> <p><input type="checkbox"/> Négo.</p> <p style="background-color: #e1bee7;"> 22 Degré d'autonomie du dialogue social local </p> <p><input type="checkbox"/> Pleine autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Déclinaison locale</p> <p><input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local</p> | <p>22 Parties au dialogue social</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen</p> <p><input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres</p> <p><input type="checkbox"/> OS - PH</p> <p><input type="checkbox"/> OS - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants</p> <p><input type="checkbox"/> Salarés</p> <p><input type="checkbox"/> Usager</p> <p><input type="checkbox"/> Décideurs</p> |
|--|---|---|

Précédent

#P#

Suivant

2. Conditions et organisation du travail et du télétravail (suite)

2.3. Affectation/changement d'affectation/mobilité interne et externe/autorisation d'absence ou de départ

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 23 Forme du dialogue | 23 Parties au dialogue social |
| 23 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 23 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 23 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

2.4. Organisation et gestion du temps et des rythmes de travail (plannings, tableau d'activité, permanences, astreintes, temps de travail additionnel, heures supplémentaires, retour anticipé de congés, CET, autorisations d'absence/ présence au travail, gestion des temps partiels...)

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 24 Forme du dialogue | 24 Parties au dialogue social |
| 24 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 24 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 24 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

2.5. Remplacement

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 25 Forme du dialogue | 25 Parties au dialogue social |
| 25 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 25 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 25 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

2.6. supprimé - voir infra 3.10

2. Conditions et organisation du travail et du télétravail (suite)

27. Démographie et gestion prévisionnelle des emplois/métiers et compétences

| NIVEAU | 27 Forme du dialogue | 27 Parties au dialogue social |
|---|--|---|
| 27 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 27 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 27 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

2.8. Attractivité de l'établissement et fidélisation des professionnels

| NIVEAU | 28 Forme du dialogue | 28 Parties au dialogue social |
|---|--|---|
| 28 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 28 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 28 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

29. Démarches d'innovations et promotion de la recherche

| NIVEAU | 29 Forme du dialogue | 29 Parties au dialogue social |
|---|--|---|
| 29 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 29 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 29 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

2. Conditions et organisation du travail et du télétravail (suite)

2.10. Soutien et accompagnement professionnel, reconversion

| NIVEAU | 210 Forme du dialogue | 210 Parties au dialogue social |
|---|--|---|
| 210 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 210 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 210 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

2.11. Retour à l'emploi de professionnels momentanément absents (maladie ou accident de longue durée...)

| NIVEAU | 211 Forme du dialogue | 211 Parties au dialogue social |
|---|--|---|
| 211 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 211 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 211 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

2.12. Veille sociale et baromètre social

| NIVEAU | 212 Forme du dialogue | 212 Parties au dialogue social |
|---|--|---|
| 212 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 212 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 212 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

2. Conditions et organisation du travail et du télétravail (suite)

2.13. Valorisation du travail en équipe

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 213 Forme du dialogue | 213 Parties au dialogue social |
| 213 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 213 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 213 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

2.14. Critères, outils et méthode de conciliation du projet professionnel et personnel

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 214 Forme du dialogue | 214 Parties au dialogue social |
| 214 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 214 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 214 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

2.15. Association/implication du médecin du travail et de l'assistante du service social

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 215 Forme du dialogue | 215 Parties au dialogue social |
| 215 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 215 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 215 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

Précédent

#P#

Suivant

2. Conditions et organisation du travail et du télétravail (suite)

2.16. Anticipation et prise en compte de l'évolution des organisations, des technologies et des méthodes de travail

| | | |
|--|---|--|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>216 Interne</p> <input type="checkbox"/> Instances | <p>216 Forme du dialogue</p> <input type="checkbox"/> Info. | <p>216 Parties au dialogue social</p> <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <p>216 Externe</p> <input type="checkbox"/> Territorial | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <p>216 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> National - PH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | <input type="checkbox"/> Usager |
| | | <input type="checkbox"/> Décideurs |

2.17. Accompagnement à la conduite du changement/Coopération entre professionnels de santé / nouveaux métiers

| | | |
|--|---|--|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>217 Interne</p> <input type="checkbox"/> Instances | <p>217 Forme du dialogue</p> <input type="checkbox"/> Info. | <p>217 Parties au dialogue social</p> <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <p>217 Externe</p> <input type="checkbox"/> Territorial | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <p>217 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> National - PH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | <input type="checkbox"/> Usager |
| | | <input type="checkbox"/> Décideurs |

2.18 Observations

Précédent

#P#

Suivant

3. Déroulement des carrières et promotion professionnelle

31. Gestion de la période de stage ou de la période probatoire

| | | |
|---|---|---|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>31 Interne</p> <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures <p style="background-color: #e0f7fa;">31 Externe</p> <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | <p>31 Forme du dialogue</p> <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. <p style="background-color: #e1bee7;">31 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <p>31 Parties au dialogue social</p> <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salariés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
|---|---|---|

32. Promotion de grade

| | | |
|---|---|---|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>32 Interne</p> <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures <p style="background-color: #e0f7fa;">32 Externe</p> <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | <p>32 Forme du dialogue</p> <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. <p style="background-color: #e1bee7;">32 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <p>32 Parties au dialogue social</p> <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salariés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
|---|---|---|

33. Avancement d'échelon

| | | |
|---|---|---|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>33 Interne</p> <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures <p style="background-color: #e0f7fa;">33 Externe</p> <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | <p>33 Forme du dialogue</p> <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. <p style="background-color: #e1bee7;">33 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <p>33 Parties au dialogue social</p> <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salariés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
|---|---|---|

Précédent

#P#

Suivant

3. Déroulement des carrières et promotion professionnelle (suite)

3.4. Evaluation

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 34 Forme du dialogue | 34 Parties au dialogue social |
| 34 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 34 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 34 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

3.5. gestion des métiers et des compétences

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 35 Forme du dialogue | 35 Parties au dialogue social |
| 35 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 35 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 35 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

3.6. Repérage des potentiels et de hauts potentiels

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 36 Forme du dialogue | 36 Parties au dialogue social |
| 36 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 36 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 36 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

Précédent

#P#

Suivant

3. Déroulement des carrières et promotion professionnelle (suite)

3.7. Retour à l'emploi de professionnels après une longue absence (maladie ou accident de longue durée...)

| | | |
|--|---|--|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>37 Interne</p> <p><input type="checkbox"/> Instances</p> <p><input type="checkbox"/> Structures</p> <p>37 Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Territorial</p> <p><input type="checkbox"/> Régional</p> <p><input type="checkbox"/> Inter-Régionalité</p> <p><input type="checkbox"/> National - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> National - PH</p> <p><input type="checkbox"/> National - Inter FP</p> <p><input type="checkbox"/> Europe / International</p> | <p>37 Forme du dialogue</p> <p><input type="checkbox"/> Info.</p> <p><input type="checkbox"/> Consult.</p> <p><input type="checkbox"/> Concert.</p> <p><input type="checkbox"/> Négo.</p> <p style="background-color: #e1bee7;"> 37 Degré d'autonomie du dialogue social local </p> <p><input type="checkbox"/> Pleine autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Déclinaison locale</p> <p><input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local</p> | <p>37 Parties au dialogue social</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen</p> <p><input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres</p> <p><input type="checkbox"/> OS - PH</p> <p><input type="checkbox"/> OS - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés</p> <p><input type="checkbox"/> Usager</p> <p><input type="checkbox"/> Décideurs</p> |
|--|---|--|

3.8. Promotion de la parité Hommes/femmes

| | | |
|--|---|--|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>38 Interne</p> <p><input type="checkbox"/> Instances</p> <p><input type="checkbox"/> Structures</p> <p>38 Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Territorial</p> <p><input type="checkbox"/> Régional</p> <p><input type="checkbox"/> Inter-Régionalité</p> <p><input type="checkbox"/> National - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> National - PH</p> <p><input type="checkbox"/> National - Inter FP</p> <p><input type="checkbox"/> Europe / International</p> | <p>38 Forme du dialogue</p> <p><input type="checkbox"/> Info.</p> <p><input type="checkbox"/> Consult.</p> <p><input type="checkbox"/> Concert.</p> <p><input type="checkbox"/> Négo.</p> <p style="background-color: #e1bee7;"> 38 Degré d'autonomie du dialogue social local </p> <p><input type="checkbox"/> Pleine autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Déclinaison locale</p> <p><input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local</p> | <p>38 Parties au dialogue social</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen</p> <p><input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres</p> <p><input type="checkbox"/> OS - PH</p> <p><input type="checkbox"/> OS - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés</p> <p><input type="checkbox"/> Usager</p> <p><input type="checkbox"/> Décideurs</p> |
|--|---|--|

3.9. Promotion du recrutement de personnes handicapées

| | | |
|--|---|--|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>39 Interne</p> <p><input type="checkbox"/> Instances</p> <p><input type="checkbox"/> Structures</p> <p>39 Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Territorial</p> <p><input type="checkbox"/> Régional</p> <p><input type="checkbox"/> Inter-Régionalité</p> <p><input type="checkbox"/> National - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> National - PH</p> <p><input type="checkbox"/> National - Inter FP</p> <p><input type="checkbox"/> Europe / International</p> | <p>39 Forme du dialogue</p> <p><input type="checkbox"/> Info.</p> <p><input type="checkbox"/> Consult.</p> <p><input type="checkbox"/> Concert.</p> <p><input type="checkbox"/> Négo.</p> <p style="background-color: #e1bee7;"> 39 Degré d'autonomie du dialogue social local </p> <p><input type="checkbox"/> Pleine autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Déclinaison locale</p> <p><input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local</p> | <p>39 Parties au dialogue social</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen</p> <p><input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres</p> <p><input type="checkbox"/> OS - PH</p> <p><input type="checkbox"/> OS - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés</p> <p><input type="checkbox"/> Usager</p> <p><input type="checkbox"/> Décideurs</p> |
|--|---|--|

3. Déroulement des carrières et promotion professionnelle (suite)

3.10. Gestion des arrivées, des départs et des retours (affectation, retraite ,démission, disponibilité, détachement, mise à disposition...)

| | | |
|--|--|---|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>310 Interne</p> <p><input type="checkbox"/> Instances</p> <p><input type="checkbox"/> Structures</p> <p>310 Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Territorial</p> <p><input type="checkbox"/> Régional</p> <p><input type="checkbox"/> Inter-Régionalité</p> <p><input type="checkbox"/> National - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> National - PH</p> <p><input type="checkbox"/> National - Inter FP</p> <p><input type="checkbox"/> Europe / International</p> | <p>310 Forme du dialogue</p> <p><input type="checkbox"/> Info.</p> <p><input type="checkbox"/> Consult.</p> <p><input type="checkbox"/> Concert.</p> <p><input type="checkbox"/> Négo.</p> | <p>310 Parties au dialogue social</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen</p> <p><input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres</p> <p><input type="checkbox"/> OS - PH</p> <p><input type="checkbox"/> OS - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés</p> <p><input type="checkbox"/> Usager</p> <p><input type="checkbox"/> Décideurs</p> |
| | <p>310 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <p><input type="checkbox"/> Pleine autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Déclinaison locale</p> <p><input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local</p> | |

3.11 Observations

Précédent

#P#

Suivant

4. Formation professionnelle et continue/Développement professionnel continu

4.1. Politique de formation/acquisitions de nouvelles compétences ou de qualifications

| | | |
|--|--|---|
| <p>NIVEAU</p> <p>41 Interne</p> <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures <p>41 Externe</p> <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | <p>41 Forme du dialogue</p> <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. | <p>41 Parties au dialogue social</p> <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salariés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
| | <p>41 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | |

4.2. Promotion du recrutement de jeunes professionnels

| | | |
|--|--|---|
| <p>NIVEAU</p> <p>42 Interne</p> <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures <p>42 Externe</p> <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | <p>42 Forme du dialogue</p> <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. | <p>42 Parties au dialogue social</p> <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salariés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
| | <p>42 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | |

4.3. Accompagnement et valorisation des professionnels séniors

| | | |
|--|--|---|
| <p>NIVEAU</p> <p>43 Interne</p> <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures <p>43 Externe</p> <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | <p>43 Forme du dialogue</p> <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. | <p>43 Parties au dialogue social</p> <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salariés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
| | <p>43 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | |

4.4 Observations

5 Action sociale et protection sociale

51. Restauration

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 51 Forme du dialogue | 51 Parties au dialogue social |
| 51 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 51 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 51 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

52. Garde d'enfants et de personnes handicapées

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 52 Forme du dialogue | 52 Parties au dialogue social |
| 52 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 52 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 52 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

53. Oeuvres sociales (agent et famille : aides aux familles, Noël des enfants, politique de logement et de soutien logistique..)

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 53 Forme du dialogue | 53 Parties au dialogue social |
| 53 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 53 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 53 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

5 Action sociale et protection sociale (suite)

54. Gestion des urgences sociales

| | | |
|---|--|---|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>54 Interne</p> <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures <p style="background-color: #e0f7fa;">54 Externe</p> <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | <p>54 Forme du dialogue</p> <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. | <p>54 Parties au dialogue social</p> <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salariés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
| | <p>54 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | |

55 Observations

Précédent

#P#

Suivant

6 - Hygiène, sécurité et santé au travail

6.1. Sécurité au travail/accidents du travail(trajet/risques incendie, électrique, amiante, produits toxiques, utilisation de véhicules, aménagement des espaces et des ambiances de travail, ergonomie des postes de travail...)

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 61 Forme du dialogue | 61 Parties au dialogue social |
| 61 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 61 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 61 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

6.2. Prévention et gestion des maladies professionnelles

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 62 Forme du dialogue | 62 Parties au dialogue social |
| 62 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 62 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 62 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

6.3. Prévention et gestion des risques professionnels et psycho-sociaux

| | | |
|---|--|---|
| NIVEAU | 63 Forme du dialogue | 63 Parties au dialogue social |
| 63 Interne | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| 63 Externe | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Territorial | 63 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Régional | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - PH | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

6 - Hygiène, sécurité et santé au travail (suite)

64. Prévention et gestion des conflits

| | | |
|--|--|--|
| <p style="text-align: center;">NIVEAU</p> <p>64 Interne</p> <p><input type="checkbox"/> Instances</p> <p><input type="checkbox"/> Structures</p> <p>64 Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Territorial</p> <p><input type="checkbox"/> Régional</p> <p><input type="checkbox"/> Inter-Régionalité</p> <p><input type="checkbox"/> National - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> National - PH</p> <p><input type="checkbox"/> National - Inter FP</p> <p><input type="checkbox"/> Europe / International</p> | <p>64 Forme du dialogue</p> <p><input type="checkbox"/> Info.</p> <p><input type="checkbox"/> Consult.</p> <p><input type="checkbox"/> Concert.</p> <p><input type="checkbox"/> Négo.</p> | <p>64 Parties au dialogue social</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen</p> <p><input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres</p> <p><input type="checkbox"/> OS - PH</p> <p><input type="checkbox"/> OS - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants</p> <p><input type="checkbox"/> Salarés</p> <p><input type="checkbox"/> Usager</p> <p><input type="checkbox"/> Décideurs</p> |
| | <p>64 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <p><input type="checkbox"/> Pleine autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Déclinaison locale</p> <p><input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local</p> | |

65 Observations

Précédent

#P#

Suivant

7 - Projets stratégiques de l'établissement/ Contractualisation

7.1. Place de l'usager dans l'évolution de l'établissement

| NIVEAU | 71 Forme du dialogue | 71 Parties au dialogue social |
|---|--|---|
| 71 Interne | | |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| 71 Externe | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| <input type="checkbox"/> Territorial | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Régional | 71 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - PH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | <input type="checkbox"/> Décideurs |

7.2. Projet d'établissement

| NIVEAU | 72 Forme du dialogue | 72 Parties au dialogue social |
|---|--|---|
| 72 Interne | | |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| 72 Externe | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| <input type="checkbox"/> Territorial | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Régional | 72 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - PH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | <input type="checkbox"/> Décideurs |

7.3. Projet médical / Projet de soins

| NIVEAU | 73 Forme du dialogue | 73 Parties au dialogue social |
|---|--|---|
| 73 Interne | | |
| <input type="checkbox"/> Instances | <input type="checkbox"/> Info. | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Structures | <input type="checkbox"/> Consult. | <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen |
| 73 Externe | <input type="checkbox"/> Concert. | <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers |
| <input type="checkbox"/> Territorial | <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Cadres |
| <input type="checkbox"/> Régional | 73 Degré d'autonomie du dialogue social local | <input type="checkbox"/> OS - PH |
| <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité | <input type="checkbox"/> Pleine autonomie | <input type="checkbox"/> OS - FPH |
| <input type="checkbox"/> National - FPH | <input type="checkbox"/> Déclinaison locale | <input type="checkbox"/> Etudiants |
| <input type="checkbox"/> National - PH | <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | <input type="checkbox"/> Salariés |
| <input type="checkbox"/> National - Inter FP | | <input type="checkbox"/> Usager |
| <input type="checkbox"/> Europe / International | | <input type="checkbox"/> Décideurs |

Précédent

#P#

Suivant

7 - Projets stratégiques de l'établissement/ Contractualisation (suite)

7.4. Projet social

| NIVEAU | 74 Forme du dialogue | 74 Parties au dialogue social |
|---|--|--|
| 74 Interne | <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salarés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures | | |
| 74 Externe | 74 Degré d'autonomie du dialogue social local <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | |
| <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

7.5. Projet architectural/investissement

| NIVEAU | 75 Forme du dialogue | 75 Parties au dialogue social |
|---|--|--|
| 75 Interne | <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salarés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures | | |
| 75 Externe | 75 Degré d'autonomie du dialogue social local <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | |
| <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

7.6. CPOM

| NIVEAU | 76 Forme du dialogue | 76 Parties au dialogue social |
|---|--|--|
| 76 Interne | <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salarés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures | | |
| 76 Externe | 76 Degré d'autonomie du dialogue social local <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | |
| <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

Précédent

#P#

Suivant

7 - Projets stratégiques de l'établissement/ Contractualisation (suite)

7.7 Supprimé

7.8 Contrat de pôle/de structure/d'équipe

| | | |
|--|--|--|
| <p>NIVEAU</p> <p>78 Interne</p> <p><input type="checkbox"/> Instances</p> <p><input type="checkbox"/> Structures</p> <p>78 Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Territorial</p> <p><input type="checkbox"/> Régional</p> <p><input type="checkbox"/> Inter-Régionalité</p> <p><input type="checkbox"/> National - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> National - PH</p> <p><input type="checkbox"/> National - Inter FP</p> <p><input type="checkbox"/> Europe / International</p> | <p>78 Forme du dialogue</p> <p><input type="checkbox"/> Info.</p> <p><input type="checkbox"/> Consult.</p> <p><input type="checkbox"/> Concert.</p> <p><input type="checkbox"/> Négo.</p> <p style="background-color: #e1bee7;">78 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <p><input type="checkbox"/> Pleine autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Déclinaison locale</p> <p><input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local</p> | <p>78 Parties au dialogue social</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen</p> <p><input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres</p> <p><input type="checkbox"/> OS - PH</p> <p><input type="checkbox"/> OS - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés</p> <p><input type="checkbox"/> Usager</p> <p><input type="checkbox"/> Décideurs</p> |
|--|--|--|

7.9. EPRD/analyse des comptes

| | | |
|--|--|--|
| <p>NIVEAU</p> <p>79 Interne</p> <p><input type="checkbox"/> Instances</p> <p><input type="checkbox"/> Structures</p> <p>79 Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Territorial</p> <p><input type="checkbox"/> Régional</p> <p><input type="checkbox"/> Inter-Régionalité</p> <p><input type="checkbox"/> National - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> National - PH</p> <p><input type="checkbox"/> National - Inter FP</p> <p><input type="checkbox"/> Europe / International</p> | <p>79 Forme du dialogue</p> <p><input type="checkbox"/> Info.</p> <p><input type="checkbox"/> Consult.</p> <p><input type="checkbox"/> Concert.</p> <p><input type="checkbox"/> Négo.</p> <p style="background-color: #e1bee7;">79 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <p><input type="checkbox"/> Pleine autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Déclinaison locale</p> <p><input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local</p> | <p>79 Parties au dialogue social</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen</p> <p><input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres</p> <p><input type="checkbox"/> OS - PH</p> <p><input type="checkbox"/> OS - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés</p> <p><input type="checkbox"/> Usager</p> <p><input type="checkbox"/> Décideurs</p> |
|--|--|--|

7.10 Identification et conception de projets structurants

| | | |
|--|--|---|
| <p>NIVEAU</p> <p>710 Interne</p> <p><input type="checkbox"/> Instances</p> <p><input type="checkbox"/> Structures</p> <p>710 Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Territorial</p> <p><input type="checkbox"/> Régional</p> <p><input type="checkbox"/> Inter-Régionalité</p> <p><input type="checkbox"/> National - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> National - PH</p> <p><input type="checkbox"/> National - Inter FP</p> <p><input type="checkbox"/> Europe / International</p> | <p>710 Forme du dialogue</p> <p><input type="checkbox"/> Info.</p> <p><input type="checkbox"/> Consult.</p> <p><input type="checkbox"/> Concert.</p> <p><input type="checkbox"/> Négo.</p> <p style="background-color: #e1bee7;">710 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <p><input type="checkbox"/> Pleine autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Déclinaison locale</p> <p><input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local</p> | <p>710 Parties au dialogue social</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen</p> <p><input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres</p> <p><input type="checkbox"/> OS - PH</p> <p><input type="checkbox"/> OS - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés</p> <p><input type="checkbox"/> Usager</p> <p><input type="checkbox"/> Décideurs</p> |
|--|--|---|

Précédent

#P#

Suivant

7 - Projets stratégiques de l'établissement/ Contractualisation (suite)

7.11 Coopérations, recompositions, réorganisations

| | | |
|--|--|---|
| <p>NIVEAU</p> <p>711 Interne</p> <p><input type="checkbox"/> Instances</p> <p><input type="checkbox"/> Structures</p> <p>711 Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Territorial</p> <p><input type="checkbox"/> Régional</p> <p><input type="checkbox"/> Inter-Régionalité</p> <p><input type="checkbox"/> National - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> National - PH</p> <p><input type="checkbox"/> National - Inter FP</p> <p><input type="checkbox"/> Europe / International</p> | <p>711 Forme du dialogue</p> <p><input type="checkbox"/> Info.</p> <p><input type="checkbox"/> Consult.</p> <p><input type="checkbox"/> Concert.</p> <p><input type="checkbox"/> Négo.</p> | <p>711 Parties au dialogue social</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen</p> <p><input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres</p> <p><input type="checkbox"/> OS - PH</p> <p><input type="checkbox"/> OS - FPH</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés</p> <p><input type="checkbox"/> Usager</p> <p><input type="checkbox"/> Décideurs</p> |
| | <p>711 Degré d'autonomie du dialogue social local</p> <p><input type="checkbox"/> Pleine autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Déclinaison locale</p> <p><input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local</p> | |

7.12 Observations

Précédent

#P#

Suivant

8 Droits et moyens du dialogue social et mesures d'accompagnement

81. Formation des acteurs parties prenantes au dialogue social

| NIVEAU | 81 Forme du dialogue | 81 Parties au dialogue social |
|---|--|---|
| 81 Interne | <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salariés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures | | |
| 81 Externe | 81 Degré d'autonomie du dialogue social local <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | |
| <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

82. Critères, outils et méthodes de développement du dialogue social et des relations sociales et moyens donnés aux OS (droit syndical)

| NIVEAU | 82 Forme du dialogue | 82 Parties au dialogue social |
|---|--|---|
| 82 Interne | <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salariés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures | | |
| 82 Externe | 82 Degré d'autonomie du dialogue social local <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | |
| <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

83. Préparation, formation, retours d'expérience pour les cadres

| NIVEAU | 83 Forme du dialogue | 83 Parties au dialogue social |
|---|--|---|
| 83 Interne | <input type="checkbox"/> Info. <input type="checkbox"/> Consult. <input type="checkbox"/> Concert. <input type="checkbox"/> Négo. | <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Président de CME / Doyen <input type="checkbox"/> Praticiens hospitaliers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> OS - PH <input type="checkbox"/> OS - FPH <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Salariés <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Décideurs |
| <input type="checkbox"/> Instances <input type="checkbox"/> Structures | | |
| 83 Externe | 83 Degré d'autonomie du dialogue social local <input type="checkbox"/> Pleine autonomie <input type="checkbox"/> Déclinaison locale <input type="checkbox"/> Application directe sans niveau local | |
| <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Inter-Régionalité <input type="checkbox"/> National - FPH <input type="checkbox"/> National - PH <input type="checkbox"/> National - Inter FP <input type="checkbox"/> Europe / International | | |

Précédent

Validez votre réponse au questionnaire

#P#

Valider

RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

1. Pour des raisons techniques (document de 277 pages), les réponses détaillées au questionnaire ne peuvent être reproduites dans cette annexe. Elles sont consultables sur le site du ministère chargé de la santé sous le lien suivant : <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance.html>.

2. Quelques participants ont souhaité répondre au questionnaire sous une autre forme (Word, Excel, Pdf). A chaque fois que cela a été possible, et avec leur accord, leur réponse a été ressaisie sous la forme informatisée Solen. La réponse de la fédération Santé-Sociaux CFDT n'a pu être ressaisie et se présente donc sous la forme d'un document Excel. Ce document est également consultable sur le site dont les coordonnées ont été données ci-dessus.

Calendrier des réunions du groupe 2 - Dialogue social et GRH

| Dates | Heures | Salles | Observations |
|-------|--------|--------|--------------|
|-------|--------|--------|--------------|

| Colonne1 | Colonne2 | Colonne3 | Colonne4 |
|------------|----------|----------------------------------|--------------------------------|
| 19/09/2012 | 13h30 | Salle du CA - CNG | Prépa plénière du 27 septembre |
| 27/09/2012 | 13h30 | Salle du CA - CNG | Séance plénière |
| 04/10/2012 | 13h30 | Salle du CA - CNG | Sous-groupe praticiens |
| 08/10/2012 | 13h30 | Salle du CA - CNG | Sous-groupe FPH |
| 15/10/2012 | 13h30 | Salle 7274R - MINISTERE | Sous-groupe praticiens |
| 18/10/2012 | 13h30 | Salle Jean Dausset - MINISTERE | Séance plénière |
| 23/10/2012 | 13h30 | Salle du CA - CNG | Sous-groupe FPH |
| 30/10/2012 | 13h30 | Salle 4275R - MINISTERE | Sous-groupe praticiens |
| 06/11/2012 | 13h30 | Salle 7274R - MINISTERE | Sous-groupe FPH |
| 15/11/2012 | 13h30 | Salle du CA - CNG | Sous-groupe praticiens |
| 19/11/2012 | 13h30 | Salon bleu - MINISTERE | Séance plénière |
| 28/11/2012 | 13h30 | Salle 7234R - MINISTERE | Séance plénière |
| 04/12/2012 | 13h30 | Salle 7234R - MINISTERE | Séance plénière |
| 17/12/2012 | 13h30 | Salle 7234R - MINISTERE | Séance plénière |
| 09/01/2013 | 13h30 | Salle Pierre laroque - MINISTERE | Séance plénière des 3 groupes |

PERSONNALITES AUDITIONNEES PAR L'EQUIPE D'ANIMATION

| | Dates | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|
| | 08-nov | 21-nov | 12-déc | 17-déc |
| Pascale FLAMANT - UNICANCER | 13H30 | | | |
| Laetitia LAUDE - EHESP | | 14H30 | | |
| Yves-Jean DUPUIS - FEHAP | | | 9H30 | |
| Francis FELLINGER et Frédéric BOIRON - Mission hôpital public* | | | 17H30 | |
| Elisabeth TOME-GERTHEINRICHS - FHP | | | | 9H30 |
| Mireille FAUGERE et Christian POIMBOEUF - AP-HP | | | | 11H30 |

PERSONNALITES AUDITIONNEES EN SEANCE PLENIERE

| | Dates | |
|--|--------|--------|
| | 19-nov | 28-nov |
| Pr Philippe COLOMBAT - CHU Tours | 13H30 | |
| Pascale GUYOT DE SALINS - Présidente de l'association des IASS/IPASS | 16H30 | |
| Jean-Marie BARBOT - ADRHESS | | 15h30 |

Paris, le 6 décembre 2012

ETHIQUE DU MANAGEMENT DU SERVICE PUBLIC DE SANTE (Secteurs sanitaire, social et médico-social public)

➤ **Typologie de managers**

- Directeur
- Membres de l'Equipe de direction
- Président de CME
- Doyen
- Chef de pôle
- Chef de service et autres structures (unité fonctionnelle...), coordonnateur médical (y compris pour les étudiants et internes)
- Cadres (santé, médico-technique, rééducation, socio-éducatif, administratif, technique, ouvrier...) (y compris pour les étudiants et internes)

➤ **Valeurs portées par les managers**

- **PREAMBULE**
- = Valeurs de service public dans un contexte de contraintes et d'exigence.
- Donner du sens (stratégie, gestion des objectifs et projets locaux, territoriaux et le cas échéant, régionaux, inter-régionaux et/ou nationaux, développement d'une culture d'établissement et du sentiment d'appartenance, d'une culture d'exemplarité, solidarité entre les professionnels ...)
- Etre à l'écoute, être courtois,
- Garantir le respect de chacun (recrutement non discriminatoire, diversité, développement et épanouissement professionnel, reconnaître et valoriser les talents, sécurité, dignité et intérêt des professionnels, déontologie, équité, prévention et gestion des conflits...)
- S'engager et organiser dans le dialogue social
- Garantir la mise en œuvre de la liberté syndicale
- Faciliter l'organisation des activités, l'enseignement, la recherche, l'innovation et favoriser les initiatives (décloisonnement des activités, apprendre à se connaître, ouverture aux autres et aux idées nouvelles, pragmatisme...)
- Assurer la cohérence des missions et activités dans le cadre des dispositifs de l'établissement
- Favoriser la cohésion d'équipe
- Organiser le partage des savoirs
- Encourager le partage des expériences
- Faire confiance et assurer la confiance réciproque

- Promouvoir l'engagement individuel et collectif au service de l'intérêt général (utilisation adaptée des ressources et des savoir-faire, dialogue, formation, évaluation, soutien et accompagnement des professionnels...)
- S'inscrire dans la transversalité des activités entre managers
- Assurer la responsabilité sociale de l'employeur (conditions de travail santé au travail, protection des professionnels, développement durable...)

PACTE DE CONFIANCE POUR L'HÔPITAL

Groupe 2 : le dialogue social local et la gestion des ressources humaines

**LA LOI DU 5 JUILLET 2010
Rénovation du dialogue social**

Sommaire

- 1. Les dispositions générales de la loi**
- 2. Le domaine et les espaces de la négociation**
- 3. Une nouvelle donne pour la représentativité**
- 4. La consécration de l'accord majoritaire**
- 5. Les droits statutaires et les moyens syndicaux**
- 6. La rénovation des instances**

1. Les dispositions générales de la loi

- ❑ **Élargissement de la liste des thèmes susceptibles de faire l'objet de négociation**
- ❑ **Ouverture de la possibilité d'engager des négociations aux différents niveaux de l'administration avec des précisions sur l'articulation entre ces différents niveaux**
- ❑ **Détermination des organisations syndicales habilitées à négocier avec le gouvernement ou l'autorité administrative ou territoriale compétente**
- ❑ **Introduction des critères de reconnaissance de la validité des accords**

2. Le domaine et les espaces de la négociation

- ❑ **Extension du domaine de la négociation**
 - ❑ **L'évolution des rémunérations et le pouvoir d'achat**
 - ❑ **Les conditions et l'organisation du travail et du télétravail**
 - ❑ **Le déroulement des carrières et la promotion professionnelle**
 - ❑ **La formation professionnelle et continue. Le développement professionnel continu**
 - ❑ **L'action sociale et la protection sociale complémentaire**

2. Le domaine et les espaces de la négociation (suite)

- ❑ **Extension du domaine de la négociation (suite)**
 - ❑ **L'hygiène, la sécurité et la santé au travail**
 - ❑ **L'insertion professionnelle des personnes handicapées**
 - ❑ **L'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes**
 - ❑ **Cette liste peut être modulée en fonction des situations locales et des conditions de travail et d'emploi des agents publics**

2. Le domaine et les espaces de la négociation (suite)

- ❑ **Les espaces de la négociation sont élargis**
 - ❑ **La négociation peut se dérouler « à tous les niveaux pertinents »**
 - **Reconnaissance législative du dialogue social local**

- ❑ **La déclinaison à un niveau inférieur d'un accord conclu au niveau supérieur ne peut que préciser ce dernier ou en améliorer l'économie générale dans le respect de ses stipulations essentielles**

- **Application du principe de faveur**

3. Une nouvelle donne pour la représentativité

- ❑ **Rupture avec la présomption de représentativité héritée de l'après guerre**
 - ❑ **Pourra présenter des candidats tout syndicat constitué depuis au moins deux ans et respectant les valeurs républicaines et d'indépendance**
 - **La représentativité des OS repose dorénavant sur le vote direct des agents**

- ❑ **La représentativité des OS**
 - ❑ **S'appuie sur le vote de l'ensemble des personnels titulaires et contractuels de droit public ou de droit privé**
 - ❑ **Sera mesurée, le même jour dans toutes les FP, à partir de 2014/15. Pour la FPH : résultat lors des élections aux CTE**

4. La consécration de l'accord majoritaire

- ❑ **Principe (période pérenne)**
 - ❑ **Validité d'un accord assurée par la signature de syndicats représentant plus de 50% de votants, à partir du 1er janvier 2014**

- ❑ **Période transitoire (jusqu'au 31.12.13)**
 - ❑ **Validité dès lors que l'accord est signé avec une ou plusieurs organisations ayant recueilli plus de 20% du nombre de voix si pas d'opposition d'organisations représentant une majorité de voix**

5. Les droits statutaires et les moyens syndicaux

Droits statutaires

- Dorénavant, l'expérience syndicale est reconnue au titre de la validation des acquis de l'expérience professionnelle dans le cadre de la promotion (par concours, par examen professionnel, au choix)

Moyens syndicaux

- Relevé de discussions du 25 septembre 2011
- L'agenda social du 4 septembre 2012 prévoit un « bilan d'étape sur la mise en œuvre des moyens syndicaux » en décembre 2012.

6. La rénovation des instances

- Création d'un conseil supérieur commun aux trois versants de la fonction publique en sus des trois conseils supérieurs spécifiques
- Le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière
 - N'est plus paritaire
 - Est composé de représentants du personnel répartis proportionnellement aux résultats obtenus aux élections des CTE
- Extension du système CTE aux établissements publics sociaux et médico-sociaux
- Évolution du mode d'élection des CTE
 - Tout syndicat constitué depuis au moins deux ans peut présenter des listes

PACTE DE CONFIANCE POUR L'HOPITAL PUBLIC
GROUPE 2
« DIALOGUE SOCIAL À L'HOPITAL PUBLIC ET GESTION DES RESSOURCES
HUMAINES »

- Point au 26 novembre 2012 -

Constats et orientations

✓ **LE DIALOGUE SOCIAL LOCAL : UNE REALITE D'AMPLEUR INEGALE**

• **Contexte dépeint :**

- Les particularités de l'exercice du dialogue social dans un contexte de fonction publique
- Les spécificités de la fonction publique hospitalière dans ce contexte : accueil, prise en charge et soin en direction de personnes vulnérables du fait de la maladie, de la dépendance, du handicap, de la précarité, du besoin de protection etc. ; fonctionnement, parfois en urgence, 24 h sur 24 sur toute l'année...
- La fonction publique hospitalière est une fonction publique de personnels d'établissements dotés dans leur quasi-totalité de la personnalité morale
- Présence d'une forte professionnalisation : praticiens hospitaliers et personnels non médicaux (de santé, administratifs, techniques).
- Dualité du dialogue PH et FPH

• **Volonté commune :**

- Nécessité de conjuguer (et non d'opposer) qualité de service aux patients, qualité de vie au travail pour les agents et performance économique (passer du « ou » au « et »)
- Importance accordée à rapprocher la communauté médicale et hospitalière sur des sujets d'intérêt partagé.

➤ ***L'exercice du dialogue social local dans les établissements relevant de la Fonction publique hospitalière***

6.3.1. Une approche différente selon les catégories de professionnels concernés

→ ***Personnel de la FPH***

- Un ancrage historique, une certaine culture du dialogue social par rapport à la FPE et la FPT
- Une solide tradition de protocoles et accords nationaux pour les personnels de la FPH. Des accords nationaux également pour les PH
- Un dialogue social local y compris sous forme de négociation inégalement vivant

• ***Quelques observations largement partagées***

- Un dialogue social plus formel que réel
- Un dialogue social d'instances plus que de relations entre direction et représentants du personnel
- La conflictualité et le rapport de forces, un manque d'habitude du dialogue préalable
- La facilité supposée du recours à arbitrages externes ou de contournements qui décrédibilisent les acteurs locaux (à discuter), voire régionaux.

- L'absence d'un usage de la médiation en situation de conflictualité.
- Un dialogue social, surtout à l'échelon local, moins riche pour les praticiens hospitaliers. Exemple parmi d'autres mais significatif : le thème de la santé au travail des PH ne fait pas l'objet de dialogue social
- Un dialogue social difficile, voire inexistant, dans les petits établissements (les plus nombreux dans la FPH)
- Des instances fonctionnant plus ou moins bien
 - o CME post HPST
 - o CTE trop souvent « chambres d'enregistrement »
 - o des CHSCT parfois contestés dans leurs missions et modes de fonctionnement et excluant la composante : personnels médicaux
 - o Droit à l'expression dans les pôles ;
- une certaine pauvreté du dialogue social de proximité et de la relation sociale avec les cadres

➤ ***Le dialogue social local : des insuffisances structurelles et des acteurs en attente***

• ***Insuffisances structurelles***

→ *Praticiens hospitaliers*

- pas de règle opposable pour les PH. Le groupe s'est appuyé sur l'accord cadre du 24 janvier 2012

→ *Praticiens hospitaliers et personnels de la FPH*

- rien sur un niveau régional et/ou territorial du dialogue social
- système incomplet de représentativité des praticiens hospitaliers
- droit des instances consultatives non adapté aux réalités d'aujourd'hui : CHT, GCS (exemple du Jura), GCSMS
- un contexte, qui s'est accentué, de « rouleau compresseur financier » rappelant celui des dérives de la RGPP pour l'Etat. Une multitude de contrats de retour à l'équilibre discutés voire imposés dans l'urgence, dans une approche trop exclusivement financière, sans réelle dimension sociale et territoriale

• ***Les acteurs en attente***

- une demande de maîtrise de leur cadre de travail, de prise sur leur environnement professionnel par les personnels
- une demande d'écoute, de reconnaissance, une volonté d'implication de la part des équipes
- des équipes dirigeantes qui n'acceptent plus la subordination à des impératifs financiers sans garantie de la pérennité du service public
- une demande générale de clarification des rôles et responsabilités
- une demande de recherche de décisions partagées ou à tout le moins précédées d'un temps de dialogue
- des organisations syndicales qui souhaiteraient que les directions prennent vraiment le temps d'écouter et de prendre en compte les préoccupations, voire les propositions, qu'elles remontent,
- des directions qui souhaiteraient un usage plus mesuré des dangers graves et imminents, préavis de grèves, demandes d'expertises CHSCT

➤ ***La loi du 5 juillet 2010 : une loi fondamentale mais à portée encore limitée***

- La qualité du dialogue dépend aussi des femmes et des hommes qui le pratiquent
- non application directe aux praticiens hospitaliers
- une préparation très insuffisante des acteurs à la négociation
- une pression financière à court terme qui conduit les directions à agir dans l'urgence sans recourir au dialogue, alors que des résultats plus pérennes pourraient se dégager en prenant le temps de traiter les sujets « avec » les acteurs concernés

✓ **FAIRE VIVRE LE DIALOGUE SOCIAL LOCAL : LES CONDITIONS DE LA REUSSITE. LES PROPOSITIONS DU GROUPE**

• ***Quelques idées-force***

→ 7 verbes

Clarifier – Reconnaître – Responsabiliser – Cerner – Sécuriser – Outiller – Evaluer

- Rappeler le caractère incontournable du dialogue social qui doit résulter de la volonté des parties pour aborder des sujets très concrets concernant les personnels et les établissements relevant de la FPH (Cf tableau joint relatif aux propositions de priorités communes aux PH et aux personnels de la FPH)
- Veiller à adapter les modalités de mise en œuvre du dialogue social à la taille des établissements

• ***Renforcer les fondations du dialogue social***

• ***Clarifier :***

- ce qui relève du domaine :
 - des relations humaines par rapport au dialogue de proximité, par exemple au niveau des équipes pluri professionnelles au sein des pôles ou des structures
 - des instances
 - des relations entre direction et organisations syndicales
- les modalités de mise en œuvre, notamment les formes du dialogue social (information – consultation – concertation – négociation)

• ***Reconnaître :***

- promouvoir la démocratie sociale dans les établissements
- associer et impliquer les acteurs
- instaurer, renforcer, préserver la culture du dialogue social
- en faire un élément d'évaluation des cadres en responsabilité et un critère de recrutement
- introduire des éléments relatifs au DS dans le CPOM (à définir avec les acteurs)

• ***Responsabiliser***

- les marges de manœuvre, y compris financières
- la crédibilité du dialogue social : des acteurs responsables pour un dialogue social crédible (respect, par toutes les parties, des procédures, des engagements pris...)

• ***Pratiquer le dialogue social au quotidien. Vivre et progresser ensemble par le dialogue social***

• ***Cerner les constituants du dialogue social et lui donner un contenu***

- ce qui relève de la FPH par rapport à l'échelon inter fonctions publiques. Cohérence dialogue social FPH – agenda social – modernisation de l'action publique (MAP)

- le contenu du dialogue social et les thématiques renvoyant prioritairement au dialogue social, notamment celles qui sont communes aux PH et aux personnels de la FPH (cf tableau des thèmes en pièce jointe)
 - les espaces et niveaux du dialogue social : le dialogue social local, territorial, régional, national
 - les acteurs : OS – autres. Le positionnement des cadres
 - le degré d'autonomie du dialogue social local
 - les processus qui garantissent son effectivité (modes de consultation obligatoire, médiation...)
 - les choix d'organisation ou de nomination des responsables qui font appel au dialogue social
 - les composantes d'un projet managérial et du projet social
- **Sécuriser**
- les références normatives et opposables pour les PH
 - la représentativité des PH
 - la hiérarchie des normes juridiques
 - la validité et l'opposabilité des accords locaux
 - le dialogue social régional et territorial
- **Outils**
- mesures d'accompagnement (formation des acteurs, situation statutaire des acteurs syndicaux etc.)
 - moyens techniques et logistiques à la disposition des acteurs
- **Evaluer**
- pourquoi est-il indispensable d'évaluer le dialogue social et sa qualité ?
 - comment évaluer le dialogue social ?
 - distinguer l'observation, le suivi et l'évaluation du dialogue social
 - mise en place d'une observation du dialogue social au plan local, territorial, régional et national
 - les dispositifs correctifs à instituer après une phase d'évaluation

PACTE DE CONFIANCE POUR L'HOPITAL
«Groupe 2 : Dialogue social et GRH »

Tableau des sujets communs aux praticiens hospitaliers et aux personnels de la FPH

Priorités proposées le 19 novembre 2012 par les membres du groupe 2 (sous réserve de validation)

| THEMES et SOUS-THEMES | Objectif 1 | Objectif 2 | Objectif 3 | Objectif 4 |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|

Objectif 1 - Attirer et fidéliser les professionnels

Objectif 2 - Dynamiser et sécuriser la carrière

Objectif 3 - Anticiper les évolutions et promouvoir les parcours professionnels

Objectif 4 - S'inscrire dans la démarche de responsabilité sociale de l'établissement

| THEMES et SOUS-THEMES | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|----|----|----|----|
| 1- Accueil des professionnels en formation (y compris internes et étudiants) | xx | | x | |
| 2- Accueil et intégration des professionnels recrutés | xx | | x | |
| 3- Ethique du management (culture de l'exemplarité) : donner du sens, reconnaître et accompagner les professionnels | | X | | XX |
| 4- Gestion prévisionnelle des emplois/métiers et des compétences avec prise en compte du nécessaire renouvellement des générations/démographie des professionnels/nouveaux métiers liés à l'évolution des techniques et des modes de prise en charge des patients et des populations accueillies, - hospitalisation complète, maladies chroniques, psychiatrie, chirurgie ambulatoire, HAD, nouvelles formes de coopération/métiers difficilement attractifs/évaluation/passerelles, y compris pour les représentants syndicaux/mobilité choisie ou contrainte/ accompagnement et repositionnement professionnel/ changement de métier/gestion des parcours professionnels/ détachement et retour de détachement...] | x | X | XX | X |
| 5- Maintien et développement des compétences par la formation professionnelle tout au long de la vie [études promotionnelles, formation continue] et le développement professionnel continu | x | x | Xx | X |
| 6 - Organisation et conditions de travail, gestion du temps de travail (avec prise en compte de la conciliation vie professionnelle-vie personnelle), en tenant compte de la féminisation des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière, avec marges de manœuvre locales à négocier par le chef de pôle en lien avec le chef de la structure/service/équipe | XX | | X | X |
| 7 - Ouverture du CHSCT aux praticiens au sein d'une sous-commission spécifique composée de représentants désignés par les organisations intersyndicales représentatives, après élections professionnelles, avec participation à la CME d'un ou de deux de ses membres | X | | | XX |
| 8 - Santé au travail (notamment, médecine du travail -médecins, psychologues et infirmiers - rôle du CHSCT), avec prévention et gestion de l'inaptitude | | X | | XX |
| 9 - Réflexion sur le vieillissement au travail | X | X | | XX |
| 10 - Développement du dialogue social au sein des pôles et des structures/services/équipes pour associer l'ensemble des professionnels concernés | XX | X | X | |
| 11 - Nécessité d'organisation et d'évaluation du dialogue social local | XX | | | X |
| 12 - Promotion de la politique et de l'accompagnement social | X | XX | X | X |

Glossaire

| | |
|----------------|---|
| A | |
| AGOSPAP | Association de gestion des œuvres sociales des personnels de la ville de Paris et de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris |
| ANAP | Agence nationale d'appui à la performance (secteurs sanitaire et médico-social) |
| ANFH | Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (personnels relevant de la fonction publique hospitalière) |
| APHP | Assistance Publique-Hôpitaux de Paris |
| ARS | Agence régionale de santé |
| C | |
| CA | Conseil d'administration |
| CAP | Commission administrative paritaire (personnels relevant de la fonction publique hospitalière) |
| CAPN | Commission administrative paritaire nationale (pour chacun des 3 corps des directeurs) |
| CCN | Comité consultatif national (1 par corps de directeur = directeur d'hôpital, directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social et directeur des soins) |
| CCNP | Comité consultatif national paritaire (des praticiens hospitaliers) |
| CCP | Commission consultative paritaire |
| CGOS | Comité de gestion des œuvres sociales (pour les personnels non médicaux relevant de la fonction publique hospitalière) |
| CHSCT | Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail |
| CME | Commission médicale d'établissement |
| CNG | Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des directeurs de la fonction publique hospitalière |
| CPOM | Contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens |
| CRP | Commission régionale paritaire |
| CS | Conseil de surveillance |
| CSCFP | Conseil supérieur commun de la fonction publique |
| CSFPH | Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière |
| CSIRMT | Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques |
| CSN | Commission statutaire nationale (pour les praticiens hospitaliers = 1 pour chacune des 7 disciplines d'exercice médical, pharmaceutique et odontologique) |
| CSP | Code de la santé publique |
| CT | Code du travail |
| CTE | Comité technique d'établissement |
| CTP | Comité technique paritaire |
| E | |

| | |
|--------------|---|
| EHESP | Ecole des hautes études en santé publique (à Rennes) |
| EPRD | Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (budget) |
| F | |
| FPH | Fonction publique hospitalière |
| H | |
| HPST | Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 |
| M | |
| MCUPH | Maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers |
| O | |
| OPCA | Organisme paritaire collecteur agréé (formation du personnel relevant de la fonction publique hospitalière) |
| P | |
| PH | Praticiens hospitaliers |
| PRS | Programme régional de santé |
| PUPH | Professeurs des universités-praticiens hospitaliers |
| R | |
| RGPP | Revue générale les politiques publiques (pour l'Etat) |
| S | |
| SROS | Schéma régional d'organisation sanitaire |

Liste des contributions Groupe 2 - Dialogue social et GRH

[AMUF-CGT : déclaration du 3 octobre 2012](#) (PDF - 8.7 ko)

[AMUF-CGT : déclaration](#) (PDF - 14.4 ko)

[ANFH : enquête IFSL, perte de bénéfices](#) (PDF - 296.5 ko)

[ANFH : l'apprentissage dans la fonction publique hospitalière](#) (PDF - 216 ko)

[Avenir hospitalier : déserts médicaux hospitaliers](#) (PDF - 106.2 ko)

[Avenir hospitalier : fidélisation - attractivité des carrières](#) (PDF - 192.7 ko)

[Avenir Hospitalier : reconnaissance des praticiens hospitaliers](#) (PDF - 271.8 ko)

[Avenir hospitalier : hiérarchie à l'hôpital](#) (PDF - 3.9 Mo)

[Avenir hospitalier : le concept des valences - pour une vraie dynamique de gestion des ressources humaines médicales à l'hôpital](#) (PDF - 145.1 ko)

[Avenir hospitalier : pénibilité du travail de nuit](#) (PDF - 96.7 ko)

[Avenir hospitalier : pour une organisation interne de l'hôpital public plus juste, démocratique et équilibrée](#) (PDF - 200.2 ko)

[Avenir Hospitalier : contribution pour un dialogue social renouvelé](#) (PDF - 153.3 ko)

[Avenir Hospitalier : la vérité sur les paiements à la performance ou P4P](#) (PDF - 305.6 ko)

[CFDT : les conditions de travail : agir ensemble pour des conditions de travail maîtrisées dans la FPH - juin 2012](#) (PDF - 522.8 ko)

[CGOS : contribution au pacte de confiance](#) (PDF - 84.5 ko)

[CHFO - le dialogue social et la gestion des ressources humaines](#) (PDF - 648 ko)

[CPH : extension de l'exercice du droit syndical des PH selon le modèle de la fonction publique](#) (PDF - 272.5 ko)

[CPH : extension de l'exercice du droit syndical des PH selon le modèle de la fonction publique](#) (PDF - 268.4 ko)

[FO : dialogue social et GRH](#) (PDF - 182.2 ko)

[INPH - dialogue social et ressources humaines](#) (PDF - 61.4 ko)

[ISNIH - Attractivité Hôpital public](#) (PDF - 101.7 ko)

[ISNIH : l'attractivité de l'hôpital public](#) (PDF - 101.7 ko)

[Représentation des professionnels de santé hospitaliers](#) (PDF - 31.1 ko)

[SMPS : le dialogue social à l'hôpital et les ressources humaines](#) (PDF - 123 ko)

[SNAM HP - dialogue social et gestion des ressources humaines](#) (PDF - 316.7 ko)

[SNAM HP : un hôpital en mouvement pour des soins de qualité - cahier de propositions](#)
(PDF - 465.6 ko)

[SNAM PH - Cahier de propositions](#) (PDF - 465.6 ko)

[SNAM-HP : lettre du octobre 2012](#) (PDF - 95.7 ko)

[SNAM HP : dialogue social et gestion des ressources humaines](#) (PDF - 316.3 ko)

[UNSA : Déclarations préliminaires](#) (PDF - 86.1 ko)

[UNSA : priorités et remarques de l'unsa santé et sociaux](#) (PDF - 131.4 ko)

Liste des contributions transversales aux 3 groupes

[Avenir hospitalier : propositions pour lutter contre les déserts médicaux hospitaliers](#) (PDF - 897 ko)

[Avenir hospitalier : repenser le post-internat sur notre territoires](#) (PDF - 94.8 ko)

[CFDT : la GPEC dans les ARS](#) (PDF - 1 Mo)

[CFDT : les conditions de travail](#) (PDF - 522.8 ko)

[CFDT : les groupements de coopération](#) (PDF - 312.4 ko)

[CFDT-SYNCASS : Quel service public hospitalier](#) (PDF - 375.4 ko)

[CFE - CGC : éléments de réflexion](#) (PDF - 220.4 ko)

[CGT : quelles alternatives pour l'avenir de notre système de santé ?](#) (PDF - 228.4 ko)

[CH-FO : apporte toute sa contribution aux débats](#) (PDF - 47.1 ko)

[CISS - position](#) (PDF - 101.4 ko)

[CME : propositions de la conférence des présidents de CME de CHS pour la gouvernance interne des hôpitaux dans du pacte de confiance pour l'hôpital public](#) (PDF - 113.3 ko)

[CMH : analyse et propositions pour l'exercice d'une médecine publique hospitalière humaine, responsable, qualitative, insérée dans le parcours de soins patient et le territoire](#) (PDF - 94.3 ko)

[CNI : argumentaire - audition du 13 novembre 2012](#) (PDF - 3.8 Mo)

[Collège des directeurs des soins conseillers techniques et pédagogiques régionaux : contribution](#) (PDF - 331.9 ko)

[Collège des directeurs des soins, conseillers techniques et pédagogiques régionaux : contribution au pacte de confiance](#) (PDF - 336.5 ko)

[Contribution de la conférence des Directeurs Généraux de CHR-CHU](#) (PDF - 116.9 ko)

[CPH - propositions](#) (PDF - 105.4 ko)

[Doyens de CHU : notions](#) (PDF - 30.1 ko)

[FHP : contribution au pacte de confiance](#) (PDF - 577.9 ko)

[FO : courrier à Édouard Couty](#) (PDF - 135.2 ko)

[INPH :Lettre de Mr Édouard Couty](#) (PDF - 100.2 ko)

[INPH : Éditorial - la confiance en pacte, pourquoi pas ? - Rachel Bocher](#) (PDF - 106.8 ko)

[Intersyndical : communiqué de presse du 20 novembre 2012](#) (PDF - 138.8 ko)

[ISNAR-IMG : prévoyance - maladie - handicap](#) (PDF - 869.6 ko)

[MDHP : propositions pour l'hôpital public](#) (PDF - 40.2 ko)

[Ordre national des pharmaciens - section hospitalière : point de vue](#) (PDF - 98.9 ko)

[Ordre national des pharmaciens : contribution au pacte de confiance](#) (PDF - 101 ko)

[SNSH : rapport Édouard Couty - Situation professionnelle des docteurs en sciences au sein de la fonction publique hospitalière](#) (PDF - 2.3 Mo)

[Texte commun - Plan psychiatrie et santé mentale - Assurer et garantir le service public de psychiatrie et santé mentale](#) (PDF - 632.6 ko)

[UFMICT - CGT : déclaration du collectif psychologues - 2](#) (PDF - 195.3 ko)

[UFMICT - CGT : déclaration du collectif psychologues](#) (PDF - 292.2 ko)

[Unaibode - AEEIBO : contribution au pacte de confiance](#) (PDF - 108.6 ko)

[Pierre Gibelin : rétablir la confiance à l'hôpital](#) (PDF - 455.5 ko)

Bibliographie

Ouvrage sur « faire vivre le dialogue social dans la fonction publique hospitalière » Jean-Paul Guillot et Dominique-Anne Michel (Les éditions de l'Atelier – 2011)

Ouvrage sur « La promesse syndicale, quel syndicalisme pour le XXIème siècle » Laurent Tertrais (michalon - 2012)

Ouvrage sur « Qualité de vie au travail et management participatif », sous la direction de M. Le professeur Colombat du CHU de Tours (Edition Lamarre)

Rapport IGAS/IGA/IGF sur le bilan de la Revue générale des politiques publiques et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'Etat – septembre 2012 (disponible sur le site de la documentation française)

Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer (Laurent Hénard, Yvon Berland, Danielle Cadet – rapporteurs généraux : Bernard Verrier et Elisabeth Féry-Lemonnier), remis en janvier 2011 aux ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur

Rapport de la mission sur « la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé » présenté au ministre chargé de la santé par Michel Yahiel et Danielle Toupillier – Janvier 2010

Rapport de la mission sur « le rôle et les missions des cadres hospitaliers » présenté à la Ministre chargée de la santé, par Madame Chantal de Singly (rapporteur général : Bernard Verrier) – septembre 2009