



Hiérarchie dans la FPH:La législation et le psychologue de la fonction publique hospitalière

- TRANSFORMATION DU METIER DE PSYCHOLOGUE. -
Date de mise en ligne : samedi 21 septembre 2013

Description :

Trouvé sur le forum : <http://www.forum.psychologue-legislation.com/>

Copyright © PSYCHOLOGUE EN RESISTANCE - Tous droits réservés

Message de Fred » 21 Mar 2011, 10:44

Je viens d'effectuer quelques recherches.

D'abord concernant les modalités de délégation par le Directeur. Il ne peut pas déléguer n'importe quoi n'importe comment :

Code de la santé publique

* Partie réglementaire

o Sixième partie : Etablissements et services de santé

+ Livre Ier : Etablissements de santé

Titre IV : Etablissements publics de santé

* Chapitre III : Conseil de surveillance, directeur et directoire

o Section 2 : Directeur et directoire

Sous-section 1 : Directeur

Article D6143-33

Dans le cadre de ses compétences définies à l'article L. 6143-7, le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature.

NOTA :

Décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 article 2 : Les dispositions du présent décret entrent en vigueur dans les conditions prévues au VIII de l'article 131 de la loi du 21 juillet 2009 susvisée.

Article D6143-34

Toute délégation doit mentionner :

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

2° La nature des actes délégués ;

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

NOTA :

Décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 article 2 : Les dispositions du présent décret entrent en vigueur dans les conditions prévues au VIII de l'article 131 de la loi du 21 juillet 2009 susvisée.

Article D6143-35 En savoir plus sur cet article...

Modifié par Décret n°2009-1765 du 30 décembre 2009 - art. 1

Les délégations mentionnées à la présente sous-section, de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la

fonction d'ordonnateur des dépenses.

NOTA :

Décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 article 2 : Les dispositions du présent décret entrent en vigueur dans les conditions prévues au VIII de l'article 131 de la loi du 21 juillet 2009 susvisée.

Ensuite, il y a deux types de délégations :

- ▶ délégation de signature : simple mesure d'organisation interne d'un service qui n'entraîne aucun transfert de compétences. Cette délégation ne peut pas être anonyme, elle désigne une personne physique qui prend fin quand elle ou le délégataire quitte ses fonctions.
- ▶ délégation de pouvoir : c'est une exception à la règle de compétence qui réalise un transfert juridique de compétence d'une autorité à une autre. Elle est attribuée à quelqu'un de par sa fonction (c'est anonyme). Le Directeur n'est plus responsable pénalement dans ce cas, des décisions prises par le délégataire.

Puis, il y a la loi HPST qui confère aux responsables de pôles une "autorité fonctionnelle" :

Code de la santé publique

* Partie législative

o Sixième partie : Etablissements et services de santé

+ Livre Ier : Etablissements de santé

Titre IV : Etablissements publics de santé

Chapitre VI : Organisation interne.

Article L6146-1

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre.

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires.

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. A l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

Pour les pôles hospitalo-universitaires, les listes mentionnées au précédent alinéa sont établies conjointement par le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Dans les centres hospitaliers ayant passé une convention avec une université pour être associés à l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6142-1, les chefs de pôles d'activité sont nommés par le directeur, sur une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 et aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 6152-1.

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en oeuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Nous sommes cadres A... personnel d'encadrement... je suppose donc que le chef de pôle a autorité fonctionnelle sur les psychologues.

Autorité hiérarchique / autorité fonctionnelle

<http://www.sante-rh.fr/print.asp?67A0558E417EBF> :

Alors que l'autorité hiérarchique exerce " le pouvoir de nomination, d'avancement, de mutation " c'est-à-dire qu'elle gère la carrière des agents (concours, grade, recrutement...), l'autorité fonctionnelle du chef de pôle encadre et organise le travail sur le terrain donc donne des avis sur les affectations et les fiches de postes. Cette notion d'autorité fonctionnelle est relativement récente. Elle s'est construite par opposition à l'autorité hiérarchique. Il faut, pour comprendre cette opposition, faire un détour par la sociologie des organisations. L'Américain Frederick Taylor, père de l'organisation industrielle, a critiqué la structure hiérarchique. Selon lui, dans la ligne hiérarchique, un subordonné dépend d'un seul chef pour la totalité de ses tâches. Ce chef doit donc avoir des connaissances très étendues, excédant fréquemment la capacité d'un seul homme. Taylor proposa donc l'adoption d'une organisation fonctionnelle dans laquelle chaque subordonné dépend de plusieurs chefs, chacun d'eux ayant une autorité limitée à sa spécialité appelée autorité fonctionnelle.

Les fondements d'une structure taylorienne (ou son application chez Ford) sont la séparation des tâches de préparation des activités d'exécution, l'accroissement de la compétence des chefs par leur cantonnement dans une seule spécialisation, la concentration en un seul service de moyens auparavant dispersés ce qui permet d'atteindre des seuils permettant des économies d'échelle.

A l'hôpital, l'autorité fonctionnelle a fait son apparition avec la nouvelle gouvernance en 2004 et a été réaffirmée par la loi HPST : " le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médicotechnique met en oeuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, (déjà cité plus haut... ici, je mets en gras la suite qui explicite le domaine de compétence de cette autorité fonctionnelle : le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. il me reste à trouver s'il peut déléguer quelque chose lui aussi, à ses collaborateurs ou à d'autres agents ou médecins... la difficulté est que les médecins ne sont pas fonctionnaires et que les règles qui s'appliquent à eux sont peut-être différentes de l'art28 de la loi 83-634 du 13 juillet 1983 (droits et obligations des fonctionnaires : "tout fonctionnaire(...) est responsables de l'exécution des tâches qui lui sont confiées (...), sauf ordre illégal ou contraire à l'intérêt public Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme " article 13 de la loi HPST2.

Autorité fonctionnelle et hiérarchique co-habitent à l'hôpital. L'autorité fonctionnelle est exercée par le chef de pôle (nouvelle dénomination du responsable de pôle), fonction créé en même temps que les pôles avec la nouvelle gouvernance. Le chef de pôle propose au Directeur la nomination des ses collaborateurs, il n'a donc pas le pouvoir de nomination qui reste bien attaché à l'autorité hiérarchique.

La distinction entre les deux formes d'autorité est bien décrite par Denis Debrosse et Pierre Simon dans une note reproduite dans le tome 2 (page 123) du rapport de la mission Cadres hospitaliers3.

L'autorité hiérarchique est celle qui a quatre prérogatives :

- ▶ le pouvoir d'instruction : évoquer et traiter directement une affaire ;
- ▶ le pouvoir d'annulation : annuler les décisions prises par un subordonné ;
- ▶ le pouvoir de substitution : agir en lieu et place d'un subordonné ;
- ▶ le pouvoir de réformation : modifier la décision prise par un subordonné.

L'autorité fonctionnelle a les mêmes caractéristiques que le pouvoir hiérarchique quant aux décisions prises par les collaborateurs, mais n'a pas le pouvoir de nomination et de gestion de la carrière. Selon Denis Debrosse et Pierre Simon, confier au chef de pôle une autorité fonctionnelle c'est lui donner les moyens de mettre en oeuvre le projet du pôle et respecter le contrat signé, une autorité nécessaire à la réalisation des objectifs fixés au contrat.

Voilà, c'est tout pour le moment... ça mérite encore des recherches, certes... et synthétiser tout ça.