Santé RH

Revue de gestion du personnel médical et hospitalier des établissements de santé

Mensuel - septembre 2025 - N°185

ÉDITORIAL

Le nouveau paradigme du clivage

Pour celles et ceux d'entre nous qui ont commencé leur vie adulte dans les années 1990 (dont le rédacteur du présent éditorial), la situation qui nous est donnée à voir dans l'ensemble du monde et aussi dans notre pays offre un contraste saisissant avec celle que nous avons connue. Alors que cette période ouvrait des perspectives de détente, d'ouverture et de paix, celle dont nous sommes les témoins aujourd'hui se caractérise par le recul des démocraties, le retour des régimes autoritaires et des empires, les guerres ou les conflits plus ou moins ouverts, le non-respect des règles élémentaires du droit international et pour alimenter tout cela, une communication agressive visant à intimider et imposer son point de vue. En France, même si la situation reste encore peu comparable avec celle que l'on peut voir au niveau mondial, il n'en reste pas moins que le champ politique et même l'action publique se caractérisent par une certaine forme de brutalisation. Le champ lexical volontiers guerrier utilisé par certains (ex. : “nous sommes en guerre“), la dramatisation du discours (ex. : sur la dette publique), vise d'abord à créer un état de sidération et de peur, propice à l'acceptation des mesures annoncées.

Nous assistons ainsi à un changement de paradigme : loin de vouloir rassembler largement et d'assurer la concorde générale comme il était habituellement admis - sinon par philanthropie, mais au moins pour s'assurer d'un vaste soutien - l'action des responsables publics tend au contraire vers une polarisation accrue. Le nouveau paradigme est celui du clivage. Or, comme le montre A. Boulègue sur le site Xerfi Canal, cliver n'est pas une faute ou une maladresse, mais bien une stratégie délibérée pour conquérir et conserver le pouvoir. Comme le dit l'auteur, “ *cliver n'est pas un accident, c'est un choix stratégique majeur pour qui veut exister dans un environnement saturé. Ceux qui maltrisent l'art du clivage imposent leur grille de lecture au monde, contraignent à la prise de position, façonnent les identités collectives, et transforment l'opinion en puissance. Dans la compétition des récits, ce n'est pas celui qui rassemble qui gagne, mais celui qui oblige à se positionner* “. La force de cette stratégie est de mobiliser les affects, cristalliser les émotions. Et, comme l'avait démontré Damasio[1], l'être humain, avant d'être rationnel, est avant tout émotionnel.

Peut-on transposer cette démarche dans le domaine du management des organisations, et singulièrement des organisations de santé ? Vaste question ! Nous serions tentés de répondre par la négative, dans la mesure où - la théorie et la praxis s'accordent sur ce point - une organisation qui fonctionne harmonieusement est en général plus efficace. Cependant, de par leur activité et contrairement à d'autres types d'organisation, les organisations de santé accordent une place démesurée aux émotions et sont donc a priori réceptives aux narratifs clivants, d'autant plus aisément quand il faut désigner un ennemi imaginaire comme “l'Administration“...

Jérôme LARTIGAU

Maître de conférences en sciences de gestion

CNAM

(1) Antonio Damasio (1995), *L'Erreur de Descartes, la raison des émotions*, éditions Odile Jacob.

SOMMAIRE

GESTION SOCIALE

Le dialogue et le climat social à l'hôpital, rétrospective et perspectives *p2*

STRATÉGIE & PILOTAGE

Évaluer la charge en soins pour piloter nos organisations : entre réalités de terrain, leviers de recomposition et quête de sens *p7*

PROSPECTIVE & MANAGEMENT

Job coach : intégrer le handicap psychique dans nos pratiques professionnelles *p11*

JURISPRUDENCE

Accident de trajet *p15*

Recours administratif adressé par voie postale *p16*

VEILLE RÈGLEMENTAIRE

..... *p19*

VEILLE DOCUMENTAIRE / AGENDA

..... *p22 ; 24*

ISSN 1969-7945

Santé RH Septembre 2025

DIALOGUE SOCIAL

Le dialogue et le climat social à l'hôpital, rétrospective et perspectives

Cet article propose une rétrospective sur le dialogue et le climat social à l'hôpital et une prospective sur les prochaines années à horizon 2020. D'autres articles suivront sur les mêmes thématiques.

Jean-Pierre DANOS,
Directeur du cabinet Albédo Conseil
Alexia JOLIVET,
Consultante au cabinet Albédo Conseil

Vingt ans de réformes et des crises sanitaires

Depuis le début des années 2000, les hôpitaux publics français ont connu une succession de réformes, de transformations organisationnelles et de crises sanitaires qui ont profondément marqué leurs modes de fonctionnement. Ces changements ont eu un impact considérable sur deux dimensions essentielles à la vie interne des établissements : le dialogue social, c'est-à-dire la manière dont directions et représentants des personnels échangent, négocient et codécident des sujets touchant au travail et à l'organisation ; et le climat social, qui reflète la perception qu'ont les équipes de leur environnement professionnel, de la confiance dans les relations de travail horizontales et verticales, mais aussi de manière plus générale de leurs conditions d'exercice et de leurs perspectives.

Pendant longtemps, le dialogue social à l'hôpital reposait sur un cadre largement consultatif, centré sur les instances de l'établissement et sur une séparation nette entre les niveaux décisionnels. Progressivement, sous l'effet conjugué de la loi, des pratiques de terrain et des crises, il a évolué vers un modèle plus contractualisé, structuré à plusieurs niveaux – établissement, groupement hospitalier de territoire, échelle nationale – et appuyé sur de nouveaux outils juridiques. Quant au climat social, il a été rythmé par des cycles de tension et d'accalmie, dépendant autant des réformes et des choix budgétaires que des crises conjoncturelles, la pandémie de COVID-19 en 2020 constituant un choc majeur.

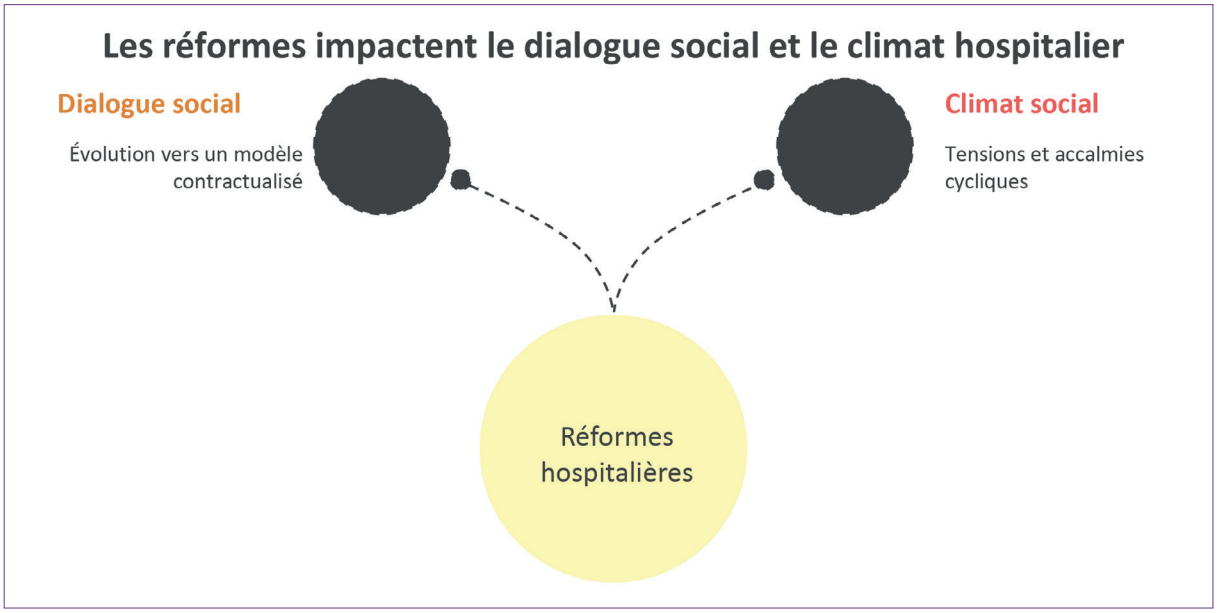
Vingt ans de transformation du dialogue social

La période 2004-2008 marque un tournant majeur avec la généralisation progressive de la tarification à l'activité (T2A). Ce nouveau mode de financement, fondé sur la facturation des séjours hospitaliers à partir d'une classification nationale des pathologies, devait encourager l'efficience et standardiser les pratiques. Dans les faits, il a instauré une logique de performance mesurée en volumes d'actes, ce qui a profondément modifié l'organisation du travail des hôpitaux. Les directions ont dû ajuster les effectifs, optimiser les durées de séjour et rationaliser les parcours, tandis que les représentants du personnel dénonçaient une dérive « productiviste » éloignée des valeurs traditionnelles du service public hospitalier. Les réunions des comités techniques d'établissement (CTE) se sont multipliées, mais elles ont souvent porté sur des arbitrages contraints par des impératifs budgétaires, laissant peu de place à la co-construction de projets. On se situait alors dans un dialogue social à dominante information et consultation.

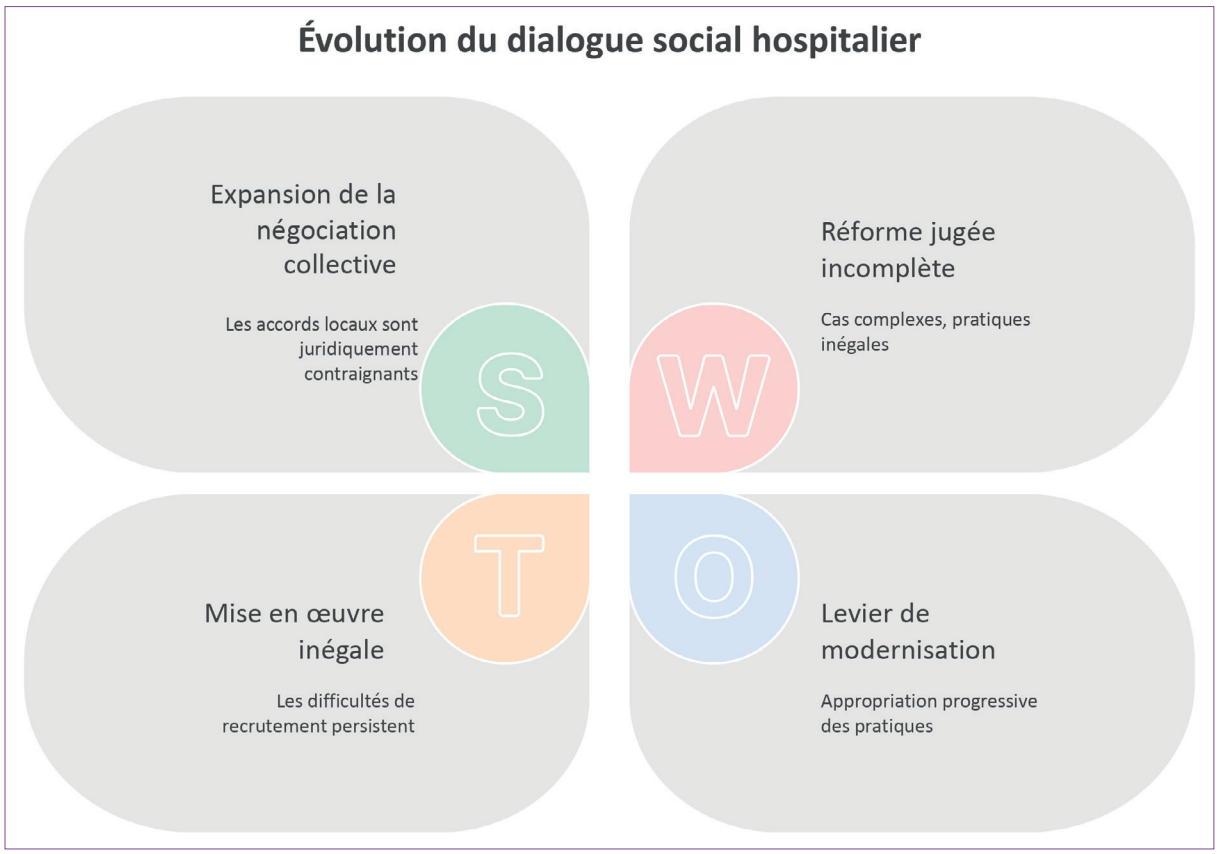
En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a redéfini la gouvernance hospitalière en renforçant les pouvoirs des directeurs et en instaurant les agences régionales de santé (ARS) comme pivots du pilotage territorial. Les instances consultatives, notamment le CTE pour les personnels non médicaux et la Commission médicale d'établissement (CME) pour les praticiens, ont vu leur rôle précisé, mais leur influence réelle sur les choix stratégiques est restée limitée. Cette recentralisation a été vécue par de nombreux acteurs comme une verticalisation des décisions, renforçant le sentiment d'éloignement entre le niveau décisionnel et les réalités du terrain. Dans plusieurs établissements, les restructurations qui ont suivi – fermetures de lits, regroupements de services – ont donné lieu à des mobilisations importantes, parfois relayées au niveau national.

L'année 2016 marque une nouvelle étape avec la création obligatoire des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) par la loi de modernisation de notre système de santé qui va instaurer une gouvernance territoriale. Ces structures visent à mutualiser les ressources, harmoniser les organisations et élaborer un projet médical partagé à l'échelle territoriale. Pour le dialogue social, cela implique la mise en place de conférences territoriales réunissant les représentants des différents établissements, dont le rôle était le plus souvent purement informatif. Si certains acteurs ont vu dans ces nouvelles instances une opportunité de coordination et de partage d'expériences, d'autres y ont perçu un éloignement supplémentaire des centres de décision par rapport aux réalités de chaque site. Les débats se sont souvent concentrés sur les conséquences des mutualisations, qu'il s'agisse du transfert d'activités, de la réorganisation des fonctions support ou de la fermeture de certaines unités.

En 2020, dans un contexte marqué par la pandémie de COVID-19, le gouvernement a lancé le Ségur de la santé, vaste concertation nationale associant les représentants syndicaux, les fédérations hospitalières, les ordres professionnels et les acteurs de terrain. Les accords signés le 13 juillet 2020 ont constitué un moment charnière : ils prévoyaient notamment des revalorisations salariales significatives – 183 euros nets mensuels pour la majorité des personnels non médicaux –, des investissements massifs dans les infrastructures et les équipements, ainsi qu'une simplification de certaines procédures administratives. À court terme, ces mesures ont permis un apaisement partiel des tensions et ont été perçues comme une reconnaissance du rôle crucial des soignants pendant la crise. Toutefois, leur mise en œuvre inégale, notamment sur le plan des recrutements du fait des pénuries d'emplois plus fortes sur certains territoires, a rapidement limité leur impact durable sur le dialogue social.



La période 2019-2023 a été marquée par une réforme profonde des instances de représentation du personnel, avec la loi de transformation de la fonction publique de 2019. Les comités techniques d'établissement (CTE) et les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ont fusionné pour donner naissance au Comité social d'établissement (CSE), auquel s'ajoute une formation



spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail (FSSSCT ou F3SCT). Parallèlement, une ordonnance de 2021 et un décret de la même année ont ouvert la voie à une véritable négociation collective dans la fonction publique hospitalière, avec la possibilité de conclure des accords locaux sur des thèmes variés : organisation du temps de travail, qualité de vie au travail, égalité professionnelle, santé au travail. Ces accords, s'ils sont signés par les syndicats obtenant une majorité, sont opposables juridiquement ; les chiffres montrent une progression rapide de cette pratique : selon la Fédération hospitalière de France (FHF), la proportion d'établissements ayant signé un accord local est passée de 11 % en 2023 à près de 70 % en 2024, la plupart étant des accords majoritaires.

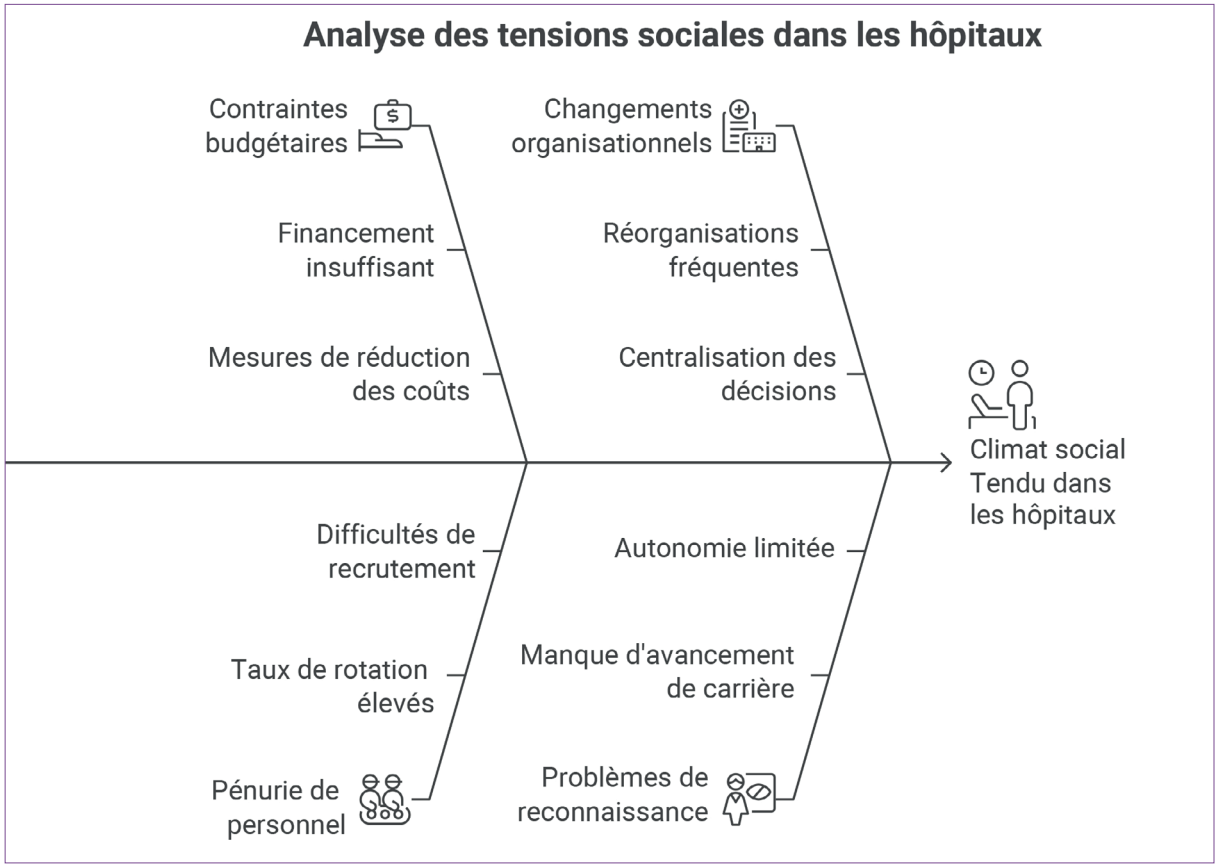
Cependant, l'évaluation institutionnelle de ces évolutions reste contrastée. En octobre 2024, la Cour des comptes a qualifié la réforme du dialogue social « d'inaboutie » pour la fonction publique hospitalière, soulignant la complexité persistante des nouvelles instances et l'hétérogénéité des pratiques selon les établissements. La FHF, pour sa part, y voit un signe d'appropriation progressive et un levier de modernisation, tout en reconnaissant que certains dispositifs, comme la prime d'engagement collectif, demeurent encore peu utilisés.

Vingt ans d'évolution du climat social

Sur la même période, le climat social dans les hôpitaux a été marqué par une tension de fond alimentée par des contraintes budgétaires chroniques, une pénurie structurelle de soignants et une succession de réorganisations internes. Entre 2004 et 2008, la mise en œuvre de la T2A a entraîné une intensification des rythmes de travail et une montée des indicateurs de charge, suscitant des mobilisations centrées sur les conditions d'exercice et la défense des moyens. Dès la période 2009-2015, on a vu se développer des formes d'action plus symboliques, comme les mobilisations en « blouses noires ou brassards », traduisant un malaise profond, mais aussi une difficulté à peser sur les décisions stratégiques.

De 2016 à 2019, les coopérations territoriales imposées par les GHT ont renforcé le sentiment d'éloignement entre les décisions et le terrain, en particulier dans les établissements périphériques. Le climat social s'est tendu dans de nombreux services, notamment aux urgences, et cela demeure encore à ce jour, où des mouvements de grève prolongés ont révélé une crise de confiance entre les équipes et les directions. L'année 2020 a constitué un moment à part : face à la pandémie, un sentiment d'unité nationale a prévalu, la mobilisation de tous les personnels étant saluée et reconnue par l'opinion publique. Toutefois, cette parenthèse s'est refermée rapidement, laissant place à un retour des tensions dès 2021.

Actuellement, le climat social reste polarisé selon les structures. Dans certains hôpitaux, des accords locaux ambitieux, un management de proximité et des actions concrètes sur la qualité de vie au travail ont permis d'améliorer l'engagement des équipes. Dans d'autres, la surcharge de travail, l'absentéisme élevé et les difficultés de recrutement alimentent un malaise persistant. La demande de reconnaissance dépasse désormais la seule question salariale : elle porte sur la valorisation des compétences, l'accès à des perspectives de carrière et la possibilité de disposer d'une réelle autonomie dans l'organisation du travail.



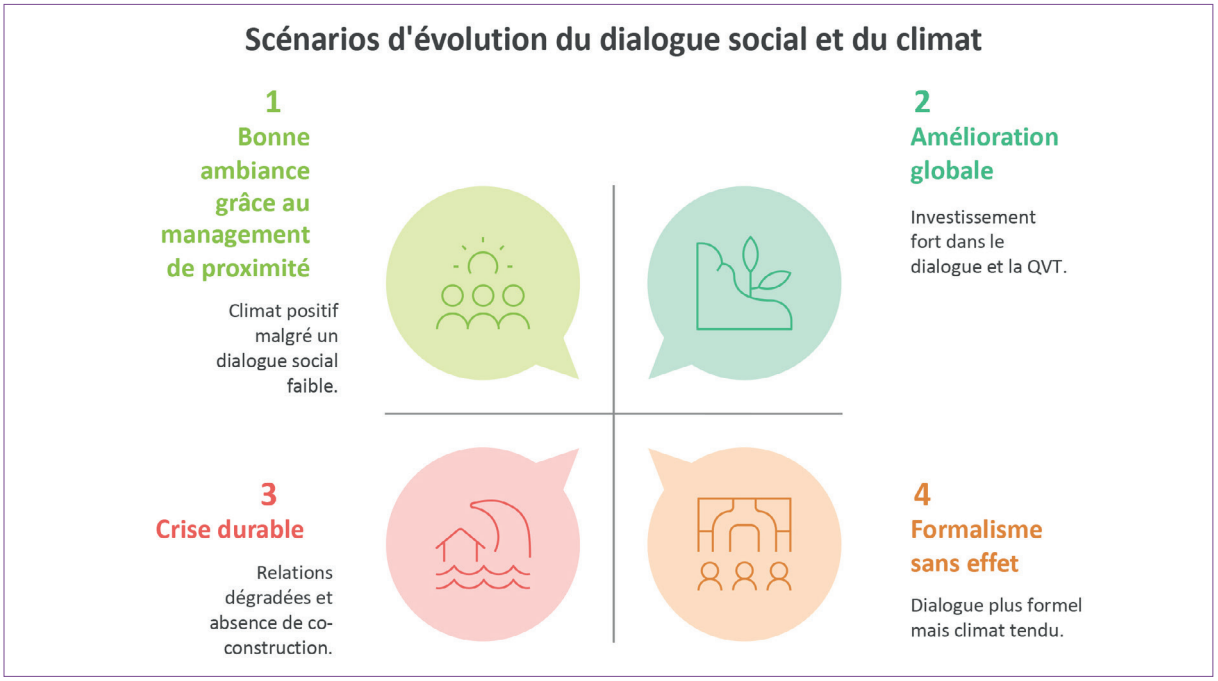
Perspectives et scénarios prospectifs à l'horizon 2030 concernant le dialogue et le climat social

À l'avenir, le dialogue social pourrait se renforcer si les établissements exploitent pleinement les possibilités offertes par la négociation locale et territoriale. L'intégration d'outils numériques de consultation, la mise en place de plateformes de suivi des engagements et le développement d'espaces de co-construction pourraient contribuer à élargir la participation et à améliorer la transparence. D'autre part, le dialogue social représentatif va de pair avec un développement du dialogue participatif, ce dernier renvoyant aux pratiques managériales. Toutefois, un risque subsiste : celui d'un dialogue perçu comme purement formel si les décisions stratégiques continuent d'être prises sans réelle association des représentants.

Le climat social pourrait évoluer selon trois trajectoires. Dans les établissements qui investiront dans la qualité de vie au travail, le management participatif et la prévention des risques psychosociaux, une amélioration durable est envisageable. Dans ceux qui resteront soumis à de fortes contraintes budgétaires et à une pénurie de personnel non résorbée, la situation risque de se dégrader, avec une démotivation accrue et des départs anticipés. Un scénario intermédiaire, déjà perceptible, verrait se creuser un écart entre établissements « innovants socialement » et établissements en difficulté, aboutissant à un climat social à deux vitesses.

On peut classer les scénarios d'évolution dans les établissements et les GHT sur un premier axe qui est celui du climat social (dégradé ou à l'inverse apaisé) puis sur un second axe du dialogue social (dégradé ou renforcé). Cela crée donc 4 scénarios d'évolution :

- Scénario 1 : climat positif malgré un dialogue social faible (bonne ambiance grâce au management de proximité)
- Scénario 2 : amélioration globale (investissement fort dans le dialogue et la QVT)
- Scénario 3 : crise durable (relations dégradées et absence de co-construction)
- Scénario 4 : formalisme sans effet (dialogue plus formel, mais climat tendu



Conclusion

En deux décennies, le dialogue social à l'hôpital public français est passé d'un modèle essentiellement consultatif, centré sur l'établissement, à une architecture multi-niveaux, plus contractualisée et juridiquement encadrée. Cette transformation a permis des avancées, notamment grâce au développement des accords locaux et à l'intégration de nouvelles thématiques dans la négociation. Mais elle reste inégale selon les territoires et les cultures managériales, et ne suffit pas à elle seule à améliorer le climat social.

Ce dernier demeure fragile, marqué par des tensions structurelles et par une exigence croissante de reconnaissance et de participation. L'avenir dépendra de la capacité des acteurs à dépasser le formalisme institutionnel pour instaurer un dialogue réellement constructif, capable de répondre aux enjeux d'attractivité, de qualité de vie au travail et de performance du service public hospitalier.

Santé RH Septembre 2025

CHARGE EN SOINS

Évaluer la charge en soins pour piloter nos organisations : entre réalités de terrain, leviers de recomposition et quête de sens

Depuis de nombreuses années, la question de la charge en soins s'est imposée comme un enjeu central dans la transformation des organisations hospitalières. Elle cristallise une tension fondamentale : comment permettre aux équipes soignantes de se concentrer sur leur cœur de métier, dans des environnements de plus en plus contraints et complexes ? La tentation d'une mesure unique et standardisée se heurte à une évidence simple : les environnements de soins sont profondément hétérogènes. Adapter l'organisation à un service de médecine polyvalente en hôpital pavillonnaire, à une unité de réanimation en bâtiment neuf, ou à un service de gériatrie accueillant des patients très instables, implique des approches profondément différentes.

Aurélien PIERRE
Expert Ressources Humaines
ANAP

C'est pourquoi l'évaluation de la charge en soins, pour être utile, doit embrasser cette complexité et articuler plusieurs dimensions complémentaires. La charge en soins « réelle » se construit ainsi au croisement :

- De la charge en soins directs (SIIPS) ;
- De la charge liée aux activités afférentes aux soins (AAS) ;
- Et plus largement, des facteurs organisationnels, architecturaux et humains qui influencent en profondeur le quotidien des équipes.

Encore faut-il savoir évaluer ces différentes composantes avec rigueur et pragmatisme, et en tirer des leviers de recomposition pertinents.

Une même spécialité, des environnements différents : la réalité de la charge en soins

L'expérience de terrain le montre chaque jour : chaque organisation de soins est unique.
Au sein d'une même spécialité, des facteurs multiples viennent impacter la charge réelle supportée par les équipes :

- Le profil des patients : dépendance, complexité clinique, durée de séjour, rythme des admissions ;
- L'architecture : distances à parcourir, agencement des postes de travail ;
- L'organisation médicale : présence ou non de spécialistes sur site, niveau de prescription ;
- Les fonctions support disponibles : qualité de la logistique, informatisation, assistance administrative ;
- Les pratiques professionnelles : niveau de délégation, travail interdisciplinaire effectif ;
- L'ancienneté et l'expérience des membres de l'équipe : la composition qualitative des équipes influe directement sur la charge collective. Une équipe expérimentée optimise naturellement les flux et les coordinations ; une équipe avec moins d'ancienneté subit davantage de surcharges ponctuelles. Ce facteur doit être intégré dans l'appréciation de la charge, et met en lumière l'importance des démarches d'attractivité et fidélisation développées sur la plateforme attractivité et fidélisation de l'Anap[1] ;

[1] https://anap.fr/s/politique-attractivite-et-fidelisation

- La taille des unités de soins : le dimensionnement des unités (trop petites ou trop morcelées) complique souvent la construction d'équipes stables et complètes, nuit à l'optimisation des organisations et fragilise la couverture en cas d'absences. Le regroupement raisonné de spécialités ou l'ajustement capacitaire sont des leviers à ne pas négliger dans une démarche de pilotage de la charge.

Deux dimensions permettent aujourd'hui de mieux objectiver cette charge :

La charge en soins directs : les SIIPS

L'outil SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée), créé en France en 1982, permet une évaluation quantitative et qualitative des soins directs, en tenant compte :

- Des soins de base (alimentation, hygiène, mobilité) ;
- Des soins techniques (soins prescrits, surveillance) ;
- Des soins relationnels et éducatifs.

Utilisés de façon quotidienne, les SIIPS fournissent un score synthétique par patient, directement exploitable pour le pilotage RH.

Les Activités Afférentes aux Soins (AAS)

Elles regroupent :

- Les activités logistiques (réapprovisionnement, gestion du matériel, préparation des chambres) ;
- Les activités administratives (saisie de données, planification) ;
- Les activités de coordination (transmissions, réunions) ;
- Les déplacements internes.

Trop souvent invisibilisées, les AAS représentent un gisement d'optimisation majeur : les études internationales montrent qu'en moyenne, 5 à 20 % du temps infirmier est aujourd'hui capté par des tâches logistiques[2].

À ces dimensions s'ajoute un facteur trop souvent sous-estimé : les interruptions de tâches. Celles-ci fragmentent le travail des soignants, augmentent la charge mentale, génèrent des erreurs potentielles et alourdissent donc indirectement la charge ressentie. L'Anap propose sur sa plateforme nationale des bonnes pratiques une fiche dédiée à la réduction des interruptions de tâches et fournit plusieurs leviers concrets[3]. Intégrer cette dimension dans l'analyse de la charge en soins permet d'aller au-delà d'une lecture strictement quantitative.

Seule une lecture croisée entre SIIPS et AAS permet d'approcher une évaluation fidèle de la charge réelle. Elle met également en lumière des distorsions souvent peu visibles avec :

- Des services dont la charge en soins directs paraît « modérée » mais où les AAS explosent du fait d'une logistique déficiente ;
- Ou à l'inverse, services qualifiés de « lourds » en soins directs mais bien accompagnés en fonctions support, limitant l'usure des équipes.

Il n'y a donc pas de pilotage performant de la charge en soins sans cette double lecture.

Bonnes pratiques en matière d'évaluation, d'AAS et de recomposition des équipes

Les outils disponibles

Le panorama réalisé par l'Anap en 2023 recense les principales solutions en France et à l'international.

[2] Une étude américaine portant sur la réalisation des tâches non cliniques par le personnel soignant indique que sur un échantillon de 100 infirmières, plus de 60 d'entre elles consacrent entre 5 et 20 % de leur temps à des tâches logistiques

[3] https://anap.fr/s/bibliotheque-idee-recueil-detaille?recordId=a067Q00000CjnTkQAJ&ideeName=un-brassard-pour-limiter-les-interruptions-de-taches-a-l-hia-percy

Deux outils se distinguent aujourd'hui par leur maturité et leur diffusion :

- Les SIIPS, outil robuste et éprouvé pour les soins directs, avec un excellent niveau d'appropriation terrain ;
- +2soins, outil créé par l'Anap[4], permettant d'intégrer les AAS et de visualiser l'organisation globale des soins. Cette application innovante permet de quantifier, en 7 jours, le temps hors soins des soignants. Elle guide ensuite les établissements vers une organisation logistique plus efficace, via une plateforme dédiée. Grâce à ses outils visuels et recommandations, déjà testés par plus de 250 professionnels, +2soins permet de libérer du temps soignant réel, d'instaurer des fonctions de logisticien d'étage et d'optimiser les stocks selon des principes éprouvés, comme le « plein-vide ». L'Anap propose également des webinaires pour prendre rapidement en main cet outil.

Parmi les leviers identifiés pour réduire la charge hors soins, la logistique d'étage émerge comme une piste à fort impact. Pour accompagner cette dynamique, l'Anap met à disposition une plateforme numérique dédiée à la logistique d'étage[5], construite autour de quatre axes clés : structurer son projet, évaluer le temps hors soins, optimiser ses stocks, contractualiser. On y retrouve des ressources pratiques (poster des 10 étapes, fiches de poste, cartographies, outils d'évaluation de la performance) pour aider les établissements à transformer leur logistique en véritable levier de performance au service des équipes soignantes.

L'enjeu n'est pas seulement de mieux mesurer, mais de mieux dialoguer. Les outils comme +2soins permettent de rendre visibles les déséquilibres, pour mieux en débattre collectivement.

À l'international, d'autres approches enrichissent la réflexion :

- Le système RAFAELA en Finlande, qui croise besoins patients et compétences disponibles ;
- Le Safe Nursing Care Tool (SNCT) au Royaume-Uni ;
- Les expériences québécoises sur la libération du temps soignant, avec un retour de 1,9 heure clinique réinvestie pour 1 heure logistique[6].

Réévaluer régulièrement pour piloter finement les organisations

La charge en soins ne se décrète pas une fois pour toutes. Elle évolue. Avec les mouvements d'équipes, les ajustements capacitaires, les transformations architecturales, ou encore les variations d'activité, le niveau de charge réel peut rapidement se désynchroniser de l'organisation théorique prévue.

C'est pourquoi l'évaluation de la charge ne doit pas être un exercice ponctuel, mais un outil vivant de pilotage managérial, à réactiver régulièrement :

- Lors de tout changement de périmètre ou de capacitaire ;
- À l'occasion d'une évolution significative de l'activité médicale ou de la patientèle ;
- Avant ou après une recomposition d'équipe ou un changement d'horaires ;
- Ou encore dans le cadre d'une démarche qualité, d'un audit interne ou d'une réflexion stratégique.

Dans cette logique, les maquettes organisationnelles de l'Anap[7] prennent tout leur sens. Construites à partir des ressources nécessaires, elles permettent de tester la cohérence entre charge constatée et moyens alloués, et de modéliser différents scénarios.

Toutefois, pour que ces maquettes restent pertinentes, encore faut-il que la charge soit mesurée avec régularité et lucidité. L'intégration continue des données de charge dans la boucle de décision constitue la condition indispensable pour construire des organisations réellement agiles, justes et adaptées aux réalités du terrain.

[4] https://anap.fr/s/article/application-2soins

[5] https://www.anap.fr/s/mettre-en-place-fonction-logistique-etage

[6] Projet pilote CHU de Québec Université Laval « Améliorer l'accès aux soins par la logistique hospitalière » et projet pilote CISS-CA « Le PAB pour l'Usager par la logistique »

[7] https://anap.fr/s/article/maquette-organisationnelle-maquette-simplifiee

Bonnes pratiques de mise en œuvre

Les retours de terrain convergent sur plusieurs leviers clés :

- Construire l'évaluation avec les cadres de proximité et les équipes. La crédibilité des résultats repose sur leur appropriation par les professionnels ;
- Associer systématiquement l'analyse qualitative au quantitatif. Le vécu des soignants, la charge ressentie, les irritants du quotidien doivent enrichir les chiffres ;
- Inclure les AAS dans les démarches de recomposition des équipes. Trop d'évaluations restent focalisées sur les seuls soins directs. La cartographie fine des AAS permet de repenser l'équilibre des rôles au sein des unités ;
- S'appuyer sur les expériences internationales. En Allemagne[8], la sanctuarisation des ratios soignants est désormais couplée à un renforcement du soutien logistique. Au NHS, les clinical support staff[9] sont de plus en plus intégrés dans les équipes de soins pour alléger les tâches non centrées sur le cœur de métier ;
- Ne pas perdre de vue le sens : évaluer pour agir. L'évaluation n'a de valeur que si elle débouche sur des actions concrètes de recomposition organisationnelle.

Charge en soins recherchée = charge en soins cœur de métier : ce que veulent les soignants

Un constat largement partagé

Dans toutes les études et enquêtes qualitatives, une attente récurrente s'exprime : les soignants veulent pouvoir exercer leur métier, pas le détourner.

- 80 % des infirmiers se déclarent surqualifiés pour une part de leurs activités actuelles[10] ;
- La multiplication des tâches périphériques dégrade l'attractivité des métiers et alimente le turn-over.

Réinvestir le temps soignant

Les expériences réussies montrent qu'il est possible de réinvestir significativement du temps clinique :

- En optimisant la logistique (cf. projets pilotes québécois) ;
- En clarifiant les rôles et les périmètres des fonctions support ;
- En simplifiant les processus administratifs (démarches engagées par l'Anap et la DGOS).

Redonner du sens au travail soignant

Au fond, c'est là que réside l'enjeu stratégique : une charge en soins bien pilotée doit permettre de recentrer les soignants sur ce qui fait la valeur de leur engagement : le soin relationnel, l'écoute, l'accompagnement humain.

C'est cette cohérence entre évaluation et cœur de métier qui conditionne l'adhésion des équipes et la pérennité des démarches.

Cette évaluation est aujourd'hui une nécessité impérieuse pour piloter intelligemment nos organisations hospitalières.

Mais il ne s'agit pas simplement de mesurer. Il s'agit de comprendre, d'agir, et de redonner du sens.

Charge en soins recherchée = charge en soins cœur de métier : c'est à cette condition que nous ferons de l'évaluation un levier véritablement au service des soignants, des patients et de la qualité des soins.

Ce que demandent les équipes, ce n'est pas une protection contre la charge. C'est un cadre juste, où la charge reflète le soin. C'est là que réside notre responsabilité collective.

[8] En 2022, une réforme du financement des hôpitaux a été menée en Allemagne avec pour objectif de sanctuariser les effectifs infirmiers face aux politiques de réduction des coûts menées au sein des hôpitaux.

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/kh_pflegebudget/pflegebudget_kh.jsp

[9] https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/wider-healthcare-team/roles-wider-healthcare-team/clinical-support-staff

[10] https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2024/revue-medicale-suisse-894/moins-c-est-plus-il-est-temps-d-optimiser-les-ressources-infirmieres

Santé RH Septembre 2025

RECRUTEMENT

Job coach : intégrer le handicap psychique dans nos pratiques professionnelles

Cet article présente la mise en œuvre d'une idée innovante émise par un directeur des soins pour un projet non inscrit aux objectifs de l'établissement concerné, ni même imaginé par les équipes soignantes qui l'ont réalisées. La décision prise de recruter les patients de l'hôpital a d'une part créé une mobilisation pluri-professionnelle et, d'autre part, un modèle applicable « RH » aux agents porteurs d'un handicap ou en difficultés de santé. Tous les acteurs de ce projet ont pu vivre une autre relation avec le handicap psychique. Ils ont su se mobiliser sur les ressources de la personne à accompagner sans reproduire des représentations et postures réglementaires imposant à celui qui est difficulté de s'adapter. Ils portent désormais un nouveau regard sur les perceptions du travail par une personne en fragilité.

Cécile KANITZER
Directeur des soins

De quoi parle-t-on ?

La reconnaissance de handicap psychique ne prend pas seulement en compte les déficiences en lien avec la maladie. Elle reconnait aussi et même surtout la possibilité du rétablissement. Le handicap ne se manifeste que dans certaines situations, il n'est parfois qu'une étape. Des aménagements et des aides peuvent être nécessaires, mais dans l'optique de favoriser le redéploiement des compétences.

Le handicap psychique, tel qu'il est envisagé par la loi de 2005,[1] considère le travail comme un facteur de rétablissement. Il permet d'exercer un savoir-faire, d'avoir des revenus et de tisser des liens. En ce sens, il favorise le recul des troubles. Il contribue à rehausser l'estime de soi et à approfondir la restauration des fonctions cognitives fragilisées par les troubles.

La difficulté à trouver un emploi pour une personne atteinte d'un handicap psychique provient bien souvent du regard que la société pose sur les personnes ayant ce handicap.

Le principe du *job coaching* consiste à permettre aux personnes atteintes de troubles psychiques et qui souhaitent travailler d'accéder rapidement à l'emploi en entreprise, dans le milieu ordinaire de travail et de s'y maintenir grâce à un suivi très individualisé. La reconnaissance administrative du handicap de la personne n'est pas toujours indispensable pour bénéficier du dispositif.

Ces modes d'accompagnement donnent lieu à des insertions réussies qui montrent qu'il est possible de travailler avec un trouble psychique dans de bonnes conditions.

La personne est accompagnée dans sa recherche d'emploi par un intervenant unique, le job coach.

Fort de ces principes, la décision a été prise par un directeur des soins en établissement public de santé, d'accompagner des patients vers l'emploi au sein même de l'hôpital.

[1] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La motivation était centrée sur l'expérimentation du dispositif job coach pour :

- Remplir pleinement la mission de soin et d'accompagnement en aidant des patients à se réinsérer dans une vie socio-économique ;
- Montrer l'exemple pour d'autres employeurs ;
- Consolider la compétence des soignants aux pratiques professionnelles partagées avec les patients eux-mêmes.

Au final, le directeur des soins a visé une « expérience patient » concrète et opérationnelle, bien au-delà d'un projet, d'un objectif institutionnel ou d'une réponse réglementaire. Une véritable démarche soignante ayant pour finalité de recruter un patient souffrant d'un handicap psychique.

Quel est concrètement le dispositif *job coach* ?

La méthode reproduite a été celle de l'IPS (Individual Placement and Support)[2], particulièrement adaptée pour l'emploi en milieu ordinaire de personnes souffrant de troubles psychiques.
L'établissement support de l'expérience dispose d'un secteur de psychiatrie générale ayant développé depuis plusieurs années les soins ambulatoires par la réhabilitation psychosociale.
Dans ce contexte, deux soignants d'une structure extrahospitalière ont été formés au *job coach* afin de pouvoir accompagner des patients stabilisés vers des emplois en milieu ordinaire. Cette formation a été préalablement inscrite au plan pluriannuel de développement des compétences et en cohérence du projet institutionnel.
Il convient de noter que cette première étape a marqué l'engagement médico-soignant pour un accompagnement prolongé des patients, bien au-delà du soin apporté en situation clinique non stabilisée.

Le dispositif job coach comprend les étapes principales suivantes :

- Le repérage du patient désormais considéré comme une personne disposant de compétences qu'il faut aider dans la construction d'un projet professionnel ;
- La recherche d'emploi. Le soignant devenu job coach accompagne la personne en situation de handicap dans la recherche d'emploi ou de stage professionnalisant. La motivation de la personne, son envie de travailler, sont des éléments clefs du dispositif ;
- La relation avec une entreprise dès qu'un contact est établi. Le job coach peut informer le manager des spécificités du handicap psychique. Dans certains cas, il joue également le rôle de médiateur auprès de l'entreprise en présentant les aménagements parfois nécessaires pour que la personne réussisse son intégration dans l'entreprise (attribution d'un tuteur, rythme de l'activité, aménagement du temps de travail, etc.) ;
- Le suivi en emploi assuré par le job coach auprès de la personne et auprès de l'entreprise. C'est lui qui sera contacté en cas de difficulté et qui proposera des solutions pratiques pour les deux parties, ce qui renforcera les chances de maintenir la personne dans son emploi.

Il en résulte que le soignant devenant job coach, et le patient devenant une personne en recherche d'emploi modifient leurs postures l'un vis-à-vis de l'autre. Il ne s'agit plus d'une stricte relation soignant/soigné même si le soin reste le socle de l'accompagnement.

La référence à l'article de Monique Formarier[3] permet un meilleur discernement de la relation soignant / soigné mobilisée dans la mise en place d'un dispositif job coach (extraits) :

- L'approche conceptuelle pertinente dans le contexte des soins actuels est l'approche perceptuelle de Combs (1976) et Fawcett (1995).
- Selon cette conception, une personne agit en fonction de ses représentations et de ses perceptions face à une situation. Le comportement de chaque personne est déterminé, non pas par des faits objectifs, mais par sa propre perception et interprétation des faits. Ce qui prévaut dans cette approche, c'est la compréhension du comportement de la personne à partir de son propre point de vue afin de saisir ce qu'elle vit dans le moment présent et d'ajuster la réponse à la situation telle que perçue par le patient.
- Le patient est à considérer comme une personne autonome, porteur de ressources (et non seulement de besoins), acteur dans la prise en charge de sa santé et de ses soins.

[2] La méthode a notamment été décrite par BECKER et DRAKE en Amérique du Nord dans les années 1990. L'IPAS s'inscrit dans le champ de la réhabilitation et du rétablissement, repose sur une philosophie pratique simple : toutes les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent se rétablir et vont le faire. La méthode IPS. Origines et pratiques. Jean-Paul ARVEILLER et Cyrille BOUVET. Pages 27 à 34. *CAIRN INFO*. 2025.

[3] La relation de soin, concepts et finalités, *Revue Recherche en soins infirmiers*, n°89, 2007.

Le *job coach* ancre son action sur les ressources de la personne accompagnée en mobilisant ses souhaits, demandes, motivations pour l'aider à élaborer ses propres solutions.

Concrètement, le *job coach* appliqué à des patients peut s'appliquer à des agents ou employés en difficulté afin de les soutenir en situation de travail. C'est le constat fait lors de l'expérience réalisée.

Appliqué à des professionnels, l'accompagnement managérial mobilisant ce concept peut devenir :

- La nécessité pour les managers de comprendre les comportements des professionnels par le prisme de leurs propres interprétations des faits d'une situation.
- Le déplacement des analyses réglementaires à une étape postérieure de la perception des faits observés.
- L'élaboration de réponses aux situations individuelles reposant sur les ressources de l'agent (et non plus seulement de ses besoins exprimés ou souhaits), acteur dans la préparation de son parcours professionnel.

Quelle est l'expérience réalisée en établissement public de santé ?

L'expérience réalisée est avant tout une décision spontanée du directeur des soins pour employer un patient et faire du centre hospitalier le premier recruteur du projet job coach inscrit dans les objectifs du service de psychiatrie.
Pour ce faire, une équipe de pilotage a été constituée comprenant le directeur des soins, le cadre de santé responsable de l'emploi visé, les deux soignants formés à la méthode.
D'emblée, il a été décidé de maintenir une discrétion interne au moins jusqu'à la signature du contrat de travail de la personne accompagnée afin de protéger le patient d'éventuelles curiosités. En outre, l'idée revêtant un caractère un peu audacieux, il a été décidé de s'épargner la gestion d'un éventuel échec.

Les actions réalisées ont été les suivantes :

- La validation du projet en bureau restreint du directoire : le chef d'établissement, le directeur des soins, le chef du pôle de psychiatrie, le président de CME ;
- La création du poste adapté par transformation d'ETP inscrits au tableau des emplois ;
- L'élaboration du périmètre et des missions du poste ;
- La validation en CSE et CHSCT ;
- L'accompagnement du patient à sa candidature sur le poste validé et la préparation du recrutement par le cadre de santé en charge du poste créé ;
- La signature du contrat, la période d'essai et la consolidation de l'emploi.

Le poste créé pour cette première expérience job coach est une fonction de poly-maintenicien. La fiche de poste présente la mission comme suit :

Le poly-maintenicien est agent de grade AEQ exerçant à 50 % et bénéficiant d'un accompagnement job coach.

Sa mission est la maintenance et la réparation des équipements de mobilisation ou de rééducation ne nécessitant pas l'intervention d'un fournisseur ou la mobilisation d'un contrat d'entretien.

Concrètement, le poly-maintenicien, sous l'autorité fonctionnelle du cadre de santé du plateau technique de rééducation, répare tous les équipements nécessaires à la prise en soins des patients et résidents et notamment :

- Fauteuils roulants ; Verticalisateurs ; Soulève-malades ; Lits ; Déambulateurs ; Cannes ; Fauteuils de repos.

Le poly-maintenicien est intégré aux équipes soignantes et intervient après accord du cadre de santé du plateau technique de rééducation. Il ne se substitue ni aux prestations du service technique pour les grosses réparations nécessitant un outillage spécialisé ni aux missions des ergothérapeutes chargées du choix du matériel et du réglage adaptés à l'installation du patient.

Le profil est renseigné comme suit :

Pas de qualification (diplôme), mais des compétences observées (savoirs et savoir-faire) et des techniques adaptées aux missions confiées :

- Être organisé et rigoureux ; Capacité à être en relation avec des professionnels de différents métiers ; Comprendre son domaine d'exercice : savoir quelles sont les réparations ne relevant pas de ses compétences.

Quel rôle du directeur des soins ?

Ce n'est pas la fonction du directeur des soins qui lui a conféré sa légitimité à piloter cette démarche – projet, mais sa combinatoire performante : une expérience solide en santé mentale et une aptitude à initier puis mettre en œuvre des idées innovantes.
Force a été de constater que, pour plusieurs équipes médico-soignantes, s'engager dans l'expérience patient relève davantage d'une obligation réglementaire à des fins de certifications externes.
Certains exprimant que les pratiques professionnels des équipes pluridisciplinaires associent toujours les patients aux actions décidées et réalisées, répondant ainsi aux attendus de certifications externes.
D'autres estimant que les commissions des usagers, gestion des plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction répondent suffisamment aux impératifs du sujet.
Le directeur des soins est au cœur des fonctionnements soignants et a ainsi la possibilité d'identifier les besoins professionnels pouvant s'adapter à des personnes en difficulté ou souffrant d'un handicap.

Au final, les connaissances des unités de soins associées aux connaissances des enjeux institutionnels ainsi qu'une maîtrise du pilotage des projets permettent d'innover dans un établissement.
Le recrutement d'un patient sur un poste de travail collaboratif de soignants était tant une audace qu'une volonté de réaliser une expérience pédagogique interne.
Au début du projet, seul le directeur des soins disposait de la motivation requise. Son leadership a permis la conviction collective. L'argument portait sur le sens du soin.
En effet, l'autonomie du patient, sa réhabilitation psychosociale éventuelle, sa stabilité, la restauration de l'ensemble de ses besoins, sont des objectifs formulés pour les démarches de soins ou d'accompagnement. Pour autant, les réaliser avec le patient ou l'usager n'est pas toujours facile. Et penser le patient comme un partenaire ou un professionnel intégré est un raisonnement complexe.
L'atteinte d'une finalité n'est pas toujours concevable au sein même de ses pratiques professionnelles.

L'enjeu managérial prioritaire a été d'apprendre avec une équipe soignante à dépasser certaines représentations pour réaliser une expérience patient emblématique.

Quelle innovation paramédicale par cette expérience ?

L'innovation est un instrument stratégique pour les directeurs des soins. Ainsi, les orientations inscrites au projet d'établissement, si elles formulent quelques évolutions innovantes, permettent des motivations internes ou externes très intéressantes.
L'innovation peut être un outil dans la course aux avantages concurrentiels entre les établissements ou en leur sein entre les services. La compétitivité est souvent de rigueur entre des équipes. Elle existe pour des évolutions de modalités des temps de travail ou pour de nouvelles techniques de soins. Plus rarement, elle s'observe pour des concepts de soins. Aussi, le directeur des soins a la possibilité de saisir ce champ pour créer avec des équipes de nouvelles expériences et connaissances, que ce soit par une démarche de recherche ou non.

En amont de l'innovation, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance des situations et des objectifs à atteindre. Le directeur des soins est « aux premières loges » de l'innovation paramédicale, dont le processus passe ensuite par une communication transparente afin d'assurer la coopération de tous les acteurs et leur motivation tout au long du projet.
L'expérience *job coach* réalisée n'a souffert d'aucun frein sur ces deux derniers points. Même le patient a révélé une mobilisation plus motivée que celle estimée au préalable.
Ce que nous proposons de retenir en conclusion, est la dépendance de l'innovation des acteurs qui la composent. Pour l'intégration d'un patient dans les pratiques professionnelles paramédicales, plusieurs étapes sont à franchir, dont celle de l'ajustement des organisations existantes.

Ce qui fait la force d'une telle expérience, c'est la possibilité pour le directeur des soins et les équipes associées de prioriser le caractère humain et social de l'institution.
Pour cela, il faut avant tout démystifier la vision des fonctionnements internes et hiérarchisés. C'est-à-dire qu'il faut oser repositionner les professionnels et les patients pour créer une vision commune au service des uns et des autres.

Jurisprudence

Anna-Léa MARGINEAN
Avocate
BAZIN & ASSOCIES

ACCIDENT DE TRAJET

Point de départ de l'accident de trajet d'un agent habitant un immeuble collectif : le trajet commence dès que l'agent a franchi la porte de son appartement

L'accident survenant, alors que l'agent public se rendait sur son lieu de travail, à l'intérieur du garage collectif de l'immeuble où il réside, revêt le caractère d'un accident de trajet imputable au service.

CE 27 Juin 2025 N° 494081

La présente décision apporte une nouvelle précision quant à l'étendue du champ de la notion d'accident de trajet.
Soulignons tout d'abord l'importance de cette décision, l'accident de trajet dont un agent est victime étant pris en charge au titre de la législation des accidents de service, car il est regardé comme survenu à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

Selon l'article L. 822-19 du code général de la fonction publique : « *Est reconnu imputable au service l'accident de trajet qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration et pendant la durée normale pour l'effectuer, sauf si un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est de nature à détacher l'accident du service* ».
Les principes qui régissent l'identification de l'accident de trajet trouvent principalement leur source dans la jurisprudence du Conseil d'État.

Selon la jurisprudence, pour que soit reconnue l'existence d'un accident de trajet lors d'un départ vers le lieu de travail, il faut que le trajet du domicile au lieu de destination ait commencé.
Tel n'est pas le cas lorsque l'intéressé se trouve encore, lors de l'accident, à l'intérieur de son domicile ou de sa propriété. Ainsi, l'accident survenu à l'intérieur de la propriété d'un agent alors qu'il sortait de sa maison par un accès privatif ne relève pas de l'accident de service (CE 18 février 1987 *M. Christmann* n° 56147, aux conclusions du président Stirn qui indiquait que « *pour qu'il y ait accident de trajet, il faut que le trajet du domicile au lieu de travail ait commencé. Or tel n'est pas le cas lorsque l'intéressé se trouve encore à l'intérieur des limites de son domicile ou de sa propriété* ».). Il en va de même de celui qui se blesse alors qu'il s'apprête à monter dans son véhicule stationné dans la cour de son domicile afin de se rendre sur son lieu de travail (CE 23 novembre 1984 *Mme Abadie* ; CE 13 janvier 1988 *Bertoncini* n° 65479).

Cette formule a été reprise dans un considérant de principe de la décision du 30 novembre 2018, *Mme Abadie* (n° 416753) qui écarte la qualification d'accident de trajet parce que l'agent n'avait pas « encore quitté » son domicile. De la même manière, alors même que l'intéressé avait sorti son véhicule sur la voie publique en vue de son départ et ne se trouvait à nouveau dans sa propriété que pour fermer la porte de son garage, l'accident ne présente pas le caractère d'un accident de service (CE 12 février 2021 n° 430112).

En revanche, une fois que l'agent a franchi le seuil de sa propriété (CE 6 mars 1985 *Ministre des PTT c/ Mesnager* n° 47209) ou a quitté son domicile (CE 23 juin 1989 *Ministre d'État, chargé de l'économie, des finances et de la privatisation c/ Mme Babayan* n° 88056), l'accident qui survient présente le caractère d'un accident de trajet (dans cette dernière espèce : chute d'un agent sur le trottoir en quittant son domicile pour se rendre à son lieu de travail alors qu'il descendait les marches donnant accès de sa propriété à la voie publique).
Quid cependant du cas de l'accident lorsqu'il survient alors que l'agent public n'a pas encore quitté les espaces communs de l'immeuble collectif d'habitation dans lequel il réside ?
Les juridictions administratives du fond ont retenu des solutions divergentes.
La présente décision permet de préciser où commence le parcours pendant lequel l'accident qui survient peut être qualifié d'accident de trajet : lorsqu'un agent habite dans un immeuble collectif, il doit être regardé comme ayant commencé son trajet vers son lieu de service dès le seuil de son appartement franchi et quand bien même il est encore dans son immeuble.
En l'espèce, un professeur, qui quittait son domicile, situé dans un immeuble d'habitation collectif, pour se rendre sur son lieu de travail, a été heurté par la fermeture soudaine de la porte automatique basculante du garage collectif de l'immeuble où il stationnait sa moto et s'est fracturé le pied.
Estimant que cet accident s'était produit alors qu'il se rendait sur son lieu de travail, il a demandé sans succès à son employeur la reconnaissance de son imputabilité au service. L'agent a alors saisi le tribunal administratif de Marseille pour qu'il annule ce refus. Si sa requête a été rejetée, la Cour administrative d'appel de Marseille a annulé ce jugement et a enjoint à l'administration de prendre une décision admettant l'imputabilité au service de son accident.
Saisie à son tour, la Haute assemblée affirme que le trajet conduisant un agent public résidant dans un immeuble collectif d'habitation vers son lieu de travail commence lorsqu'il a quitté son appartement pour se rendre à son lieu de travail. Un accident survenant après qu'il a quitté son appartement revêt le caractère d'un accident de trajet, sans qu'y fasse obstacle la circonstance qu'il s'est produit dans l'enceinte de l'ensemble résidentiel dans lequel se trouve l'appartement.
Cette solution s'inscrit en cohérence avec celle du juge judiciaire, lorsque l'agent réside dans un immeuble collectif d'habitation : le trajet débute, ou prend, fin dès que le salarié a franchi le seuil de son appartement et l'accident survenu dans le couloir (Soc. 8 mai 1952 n° 975, JCP 1953. II. 7748), l'escalier (Soc. 5 mars 1953, 1388, bull civ. V, n° 192) ou la cour (Soc. 15 novembre 1956, 7675) de l'immeuble collectif est un accident de trajet.
La qualification d'accident n'est pas sans incidence dès lors que les effets attachés à cette qualification consistent en la prise en charge par l'employeur des conséquences de l'accident, l'agent ayant notamment droit à percevoir l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service et peut prétendre, sous certaines conditions, au bénéfice d'une allocation temporaire d'invalidité ou d'une rente viagère d'invalidité.

RECOURS ADMINISTRATIF ADRESSÉ PAR VOIE POSTALE

La date d'expédition est à prendre en considération pour déterminer s'il a été formé dans le délai permettant de conserver le recours contentieux

Sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires, la date à prendre en considération pour apprécier si un recours administratif, gracieux ou hiérarchique, a pour effet de conserver le délai de recours contentieux est celle de l'expédition du recours, le cachet de la poste faisant foi.

CE 30 Juin 2025 N° 494573

Il est de jurisprudence constante que seuls les recours administratifs formés avant l'expiration du délai de recours contentieux entraînent la prorogation de ce délai (CE Section 23 mars 1945 *Sieur Vinciguerra* ; CE Section 10 juillet 1964 *Centre médico-pédagogique de Beaulieu*).

Comment apprécier si le recours administratif proroge le délai de recours contentieux ?
En matière de recours administratifs, les règles avaient été posées par une décision *Préfet de la Haute-Garonne*, selon laquelle il convenait de tenir compte de la date à laquelle le recours administratif facultatif a été reçu par l'administration pour apprécier si ce recours conserve les délais de recours contentieux (CE 27 mars 1991 n° 114854).
La question posée par la présente affaire était celle de savoir s'il y avait lieu de revenir sur cette règle au bénéfice de la solution retenue par une décision du 13 mai 2024 Caire-Tetauru (n° 466541) rendue à propos des recours contentieux.
Par cette décision de Section, le Conseil d'État a ainsi considéré que sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires, la date à prendre en considération pour apprécier si un recours contentieux adressé à une juridiction administrative par voie postale a été formé dans le délai de recours contentieux est celle de l'expédition du recours, le cachet de la poste faisant foi.
Cette décision a marqué un revirement par rapport à une ligne jurisprudentielle ancienne selon laquelle, en cas de recours par voie postale, la date à prendre en considération était la date de réception du recours au greffe de la juridiction (CE 30 décembre 1998 *Époux Serot* n° 167843 ; CE 30 juillet 2003 *Mme Chenilco* n° 240756), sauf délai postal d'acheminement anormal (CE 14 janvier 1910 *Levallois* ; CE, 20 février 1970 *Ministre de l'agriculture c/ Delort* n° 77021).
Ces jurisprudences reposaient sur l'idée qu'un éventuel dysfonctionnement de la poste ne devait pas préjudicier au requérant. Il appartenait néanmoins à ce dernier de poster son recours suffisamment à l'avance pour qu'il parvienne à la juridiction avant le terme du délai.
Comme exposé par Monsieur Jean-François de Montgolfier, Rapporteur public, dans ses conclusions sous la décision précitée du 13 mai 2024, trois raisons ont conduit le Conseil d'État à abandonner la date de réception comme date de référence de la recevabilité du recours contentieux :

- l'appréciation de la recevabilité du recours à la date de sa réception n'était plus en phase avec la réalité du service postal, le délai standard d'acheminement de la Poste ayant été porté à trois jours et non plus à deux en 2022 ;
- le critère de l'acheminement normal du recours était imprévisible en jurisprudence et variable selon les zones géographiques et donc source d'insécurité juridique ;
- le critère de la date de réception n'était plus appliqué que par la seule juridiction administrative et souffrait en outre en son sein déjà de plusieurs exceptions (demande d'aide juridictionnelle ou recours préalables obligatoires (article 37 du décret n° 2020-1717 du 28 décembre 2020 ; CE 25 juillet 2005 *Mme Houdelette* n° 271916).

Le mouvement d'uniformisation des règles de computation autour de la règle de la « date d'expédition » étant donc bien engagé, « *il semblerait difficile qu'y résiste le recours administratif, au risque de créer inutilement des pièges contentieux pour le requérant* » avait estimé Thomas Janicot, dans ses conclusions sur la décision commentée.
La Haute juridiction a ainsi décidé d'abandonner sa jurisprudence Préfet de la Haute-Garonne et de compléter le considérant de sa décision de Section de 2024 en jugeant qu'il « *en va de même pour apprécier si un recours administratif, gracieux ou hiérarchique, a pour effet de conserver ce délai* ».
Faisant évoluer sa jurisprudence, le Conseil d'État juge qu'il convient en principe de se référer à la date d'envoi du recours administratif, gracieux ou hiérarchique, pour déterminer s'il a été formé dans le délai permettant de conserver le recours contentieux :
« *Sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires, telles les dispositions relatives à la contestation des élections politiques ou celles prévoyant des délais exprimés en heures ou expirant à un horaire qu'elles précisent, la date à prendre en considération pour apprécier si un recours contentieux adressé à une juridiction administrative par voie postale a été formé dans le délai de recours contentieux est celle de l'expédition du recours, le cachet de la poste faisant foi*. ».
Étant souligné que l'exigence selon laquelle le recours administratif doit être formé dans le délai de recours contentieux, ne constitue pas une condition de la recevabilité de ce recours, mais seulement une condition de l'interruption du délai de recours contentieux.
L'application au recours administratif de la règle de la « date d'expédition » remédie ainsi aux mêmes inconvénients pratiques que ceux qui ont justifié le revirement opéré par la décision de Section relative aux délais de recours contentieux, comme l'allongement des délais d'acheminements postaux ainsi que l'insécurité engendrée par l'exception du « *délai normal d'acheminement* », également applicable aux recours administratifs facultatifs (CE 5 avril 2006 Maison de retraite « *les clos fleuris* » n° 279582 ; CE 2 mars 2011 *M. Levrard* n° 331907).
Désormais, une attention toute particulière devra donc être apportée à la date d'envoi du recours administratif et non plus à la date de réception de ce recours par l'administration.

FHF événements

Les Rencontres **RH** de la Santé

lundi 29 mardi 30 septembre 2025

Participez à cette formation pour **enrichir vos pratiques et partager vos expériences** au côté de vos pairs.

Fil rouge du programme

RH en Santé : Développer, Attirer, Innover

Cité Internationale Universitaire
Paris

Public concerné
Directeurs
DRH
Directeurs des affaires médicales
Attachés d'administration hospitalière
Responsables et Chargés de formation
Directeurs des soins
Adjoints des Cadres
Cadres
Médecins et Présidents de CME
Institutionnels et Experts RH
Praticiens

Inscription sur **www.fhf.fr** - Rubrique Agenda
Contact : evenements@fhf.fr

Un événement FHF FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE adrhess PARTAGEONS L'EXPERTISE RH EN SANTÉ avec le soutien de MNH Mutuelle Nationale des Hospitaliers

Veille législative & règlementaire

Fabrice DION
Directeur d'hôpital

Condition d'exercice

Loi n° 2025-623 du 9 juillet 2025 visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé

Suite à la présentation par le gouvernement du plan national pour la sécurité des professionnels de santé en 2023, la loi n°2025-623 du 9 juillet 2025 introduit le volet pénal de ce plan par des dispositifs de sécurité renforcé. Ces mesures s'expliquent donc par le fait que depuis plusieurs années, près de 20 000 signalements de violences à l'encontre des personnels soignants sont enregistrés par an.

Ainsi, l'article 1er de la loi, en modifiant les articles 222-8, 222-10, 222-12 et 222-13 du code pénal, étend le régime de sanctions renforcé aux personnels exerçant dans un lieu de soin (à savoir, « *une personne exerçant au sein d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé, d'une maison de naissance, d'un cabinet d'exercice libéral d'une profession de santé, d'une officine de pharmacie, d'un prestataire de santé à domicile, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement ou d'un service social ou médico-social* »).

Ce même article 1er, en modifiant l'article 222-28 du code pénal, étend ce même régime de sanction renforcé aux professionnels de santé en cas d'agression sexuelle, en particulier « *Lorsqu'elle est commise sur un professionnel de santé durant l'exercice de son activité* ».

L'article 1er de la loi, en modifiant l'article 311-4 du code pénal, incrimine également plus fortement le vol de matériel médical commis dans un lieu de de soin.

Par ailleurs, l'article 2 de la loi renforce le délit d'outrage en l'étendant aux professionnels de santé par la modification de l'article 433-5 du code pénal. Celui-ci prévoit ainsi que ce délit s'applique également aux « *professionnel de santé ou à un membre du personnel d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé, d'une maison de naissance, d'un cabinet d'exercice libéral d'une profession de santé, d'une officine de pharmacie, d'un prestataire de santé à domicile, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement ou d'un service social ou médico-social* ».

L'article 5 de la loi ouvre la possibilité de faciliter le dépôt de plainte par l'employeur, par une nouvelle disposition introduite dans le code de procédure pénale (nouvel article 15-3-4 du code de procédure pénale). Celle-ci précise en effet que « *lorsqu'il a connaissance de faits susceptibles de constituer l'une des infractions prévues (...), soit notamment (violence, malveillance....) et lorsque cette infraction est commise à l'encontre d'un professionnel de santé ou d'une personne exerçant au sein d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé, d'une maison de naissance, d'un cabinet d'exercice libéral d'une profession de santé, d'une officine de pharmacie, d'un prestataire de santé à domicile, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement ou d'un service social ou médico-social, à l'occasion de l'exercice ou en raison de ses fonctions, l'employeur, après avoir recueilli le consentement écrit de la victime, peut déposer plainte pour le compte de celle-ci* ».

Enfin l'article 6 de la loi étend le régime de la protection fonctionnel aux professionnels de santé lorsqu'ils sont entendus en audition libre (art. L134-4 modifié du CGFP suite à la censure du Conseil constitutionnel), soit « *lorsque l'agent est mis en cause pénalement en raison de tels faits qui ne fait pas l'objet des poursuites (...) ou qui fait l'objet de mesures alternatives à ces poursuites, dans tous les cas où le code de procédure pénale lui reconnaît le droit à l'assistance d'un avocat* ».

Instruction n° DGOS/RH2/2025/107 du 30 juillet 2025 relative aux dispositions dérogatoires et temporaires permettant d'autoriser l'exercice de certains praticiens étrangers des professions médicales et de la pharmacie ayant obtenu un diplôme hors Union européenne (PADHUE)

L'instruction a pour objet de lister les conditions nécessaires à la délivrance, de manière dérogatoire, d'une attestation temporaire d'exercice aux praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) par les agences régionales de santé (ARS). En effet, certaines situations posent difficulté au regard du silence de la réglementation relative aux conditions d'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme en France.

En conséquence, l'instruction invite sans délai les ARS à délivrer de manière dérogatoire une attestation temporaire d'exercice aux praticiens se trouvant dans les trois situations décrites ci-dessous afin de permettre leur emploi sur des fonctions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien.

L'instruction liste dès lors les trois cas de figure pour lesquels la délivrance d'une attestation individuelle d'exercice temporaire est requise.

S'agissant des conditions pour bénéficier de l'attestation temporaire, l'instruction indique que pour les praticiens ayant terminé leur parcours de consolidation des compétences (PCC) et en attente de l'avis de la Commission nationale d'autorisation d'exercice, « dans l'attente de l'autorisation ministérielle d'exercer ou d'un avis négatif de la CNAE, les praticiens concernés disposant d'une attestation individuelle justifiant de la remise de leur dossier auprès du Centre national de gestion (CNG) peuvent se voir délivrer par le directeur général de l'ARS compétente pour leur lieu d'exercice, une attestation temporaire les autorisant expressément à exercer pour une durée maximale d'un an au sein de l'établissement mentionné par leur décision d'affectation ministérielle ».

Pour les praticiens en exercice ayant déposé une demande d'autorisation d'exercice provisoire (AEP), l'instruction indique que « dans l'attente de l'examen de leurs demandes, les praticiens concernés disposant d'une attestation individuelle justifiant du dépôt de leur demande d'autorisation d'exercice provisoire (AEP) peuvent se voir délivrer par le directeur général de l'ARS de leur région d'emploi actuelle une attestation temporaire les autorisant expressément à exercer pour une durée maximale de six mois dans l'établissement au sein duquel ils exercent au moment de la leur demande ».

Enfin, pour les praticiens lauréats des EVC au titre de la session 2024 et les praticiens inscrits sur la liste complémentaire des EVC, l'instruction invite les ARS à « leur délivrer une attestation temporaire les autorisant expressément à exercer pour une durée de six mois dans l'établissement au sein duquel il exerce au moment de la leur demande ».

Un modèle de cette autorisation temporaire d'exercice est joint à la présente instruction.

Temps de travail

Décret n° 2025-564 du 21 juin 2025 relatif aux régimes dérogatoires de report et d'indemnisation des droits à congé annuel dans la fonction publique

Le décret fixe le régime applicable au maintien des droits acquis avant et pendant un congé pour raison de santé ou lié aux responsabilités parentales ou familiales et au maintien des droits acquis avant un congé parental. Le décret vise à transposer les articles 7 de la directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail et 10.1 de la directive 2019/1158 du Parlement européen et du Conseil du 20 juin 2019 relative à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et des aidants et abrogeant la directive 2010/18/UE du Conseil. Ce décret fixe également le régime d'indemnisation des congés annuels non pris en fin de relation de travail.

Le décret prévoit ainsi que lorsque l'agent est dans l'impossibilité, du fait d'un congé pour raison de santé, ou du fait d'un congé lié aux responsabilités parentales ou familiales, de prendre son congé annuel au cours de l'année au titre de laquelle il lui est dû, il bénéficie d'une période de report de quinze mois, dont la durée peut être prolongée sur autorisation exceptionnelle de l'autorité investie du pouvoir de nomination. La période de report débute à compter de la date de reprise des fonctions.

Pour les congés annuels acquis pendant un congé pour raison de santé ou un congé lié aux responsabilités parentales ou familiales, elle débute, au plus tard, à la fin de l'année au titre de laquelle le congé annuel est dû. À l'exclusion du cas où l'agent bénéficie d'un report du fait d'un congé lié aux responsabilités parentales ou familiales, le report est limité aux droits non-utilisés relevant des quatre premières semaines de congé annuel par période de référence.

De plus, lorsque l'agent n'a pas été en mesure de prendre son congé annuel avant la fin de la relation de travail, les droits non-utilisés donnent lieu à une indemnité compensatrice. À l'exclusion des droits non-consommés du fait d'un congé lié aux responsabilités parentales ou familiales, cette indemnité ne compense que les droits non-utilisés relevant des quatre premières semaines de congé annuel par période de référence. Les modalités de calcul sont précisées par arrêté.

Décret n° 2025-587 du 28 juin 2025 relatif à la transmission des avis d'arrêt de travail

Le décret prévoit que, lorsque l'arrêt de travail est établi par le professionnel de santé à l'assuré sous format papier, il doit être prescrit au moyen d'un formulaire homologué sur papier sécurisé, fourni par la caisse primaire d'assurance maladie.

Ainsi, le décret prévoit que lorsque l'arrêt de travail n'est pas prescrit ou prolongé de manière dématérialisée, l'assuré doit envoyer à la caisse primaire d'assurance-maladie, dans les deux jours suivant la date d'interruption de travail et sous peine de sanctions fixées conformément à l'article L. 321-2, un avis d'interruption de travail ou de prolongation d'interruption, indiquant, d'après les prescriptions du professionnel de santé, la durée probable de l'incapacité de travail.

L'avis est établi par le professionnel de santé au moyen d'un formulaire sécurisé, mis à sa disposition par la caisse primaire d'assurance maladie. Ce formulaire répond, conformément à un modèle approuvé par le ministre chargé de la sécurité sociale, à des spécifications techniques qui en permettent l'authentification. L'assuré fait parvenir l'avis à la caisse primaire d'assurance maladie en envoyant l'original du formulaire signé que lui remet le professionnel de santé.

En conséquence, les professionnels de santé salariés devront recourir désormais, et ce à compter du 1er juillet 2025, à ce dispositif de formulaire papier sécurisé, les autres formats été écartés. Ceci implique une adaptation notamment des directions des ressources humaines médicales et non médicales qui devront utiliser ces nouveaux documents. Compte tenu de l'entrée en vigueur rapide de ce nouveau cadre légal, une période d'adaptation est prévue jusqu'au 1er septembre.

Cessation d'activité

Décret n°2025-680 du 15 juillet 2025 fixant l'âge d'ouverture du droit à la retraite progressive à soixante ans pour les assurés du régime de retraites des agents des collectivités locales et pour les ouvriers des établissements industriels de l'Etat ; décret n°2025-681 du 15 juillet 2025 fixant l'âge d'ouverture du droit à la retraite progressive à soixante ans.

Ces décrets visent à abaisser pour les professionnels concernés (les agents de la fonction publique hospitalière, mais aussi les assurés relevant du régime général, des régimes spéciaux et notamment du régime de la fonction publique de l'Etat, du régime des salariés et non-salariés agricoles et des régimes d'assurance vieillesse des professions libérales et des avocats) l'âge d'ouverture du droit à la retraite progressive à soixante ans, auparavant fixé à deux ans avant l'âge légal de départ à la retraite.

Rémunération et promotion

Arrêté du 24 juillet 2025 modifiant l'arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé

Cet arrêté revalorise l'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé pour les montants prévus ci-dessous : une période de garde assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 422 € contre 229 € précédemment ; une période de garde assurée en début de nuit : 141 € contre 79 € précédemment ; une période de garde assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 281 € contre 150 € précédemment.

Arrêté du 27 juin 2025 fixant les taux de promotion pour l'année 2025 dans certains corps de la fonction publique hospitalière

Cet arrêté fixe les taux de promotion pour les corps et gardes des différentes filières des agents relevant de la fonction publique hospitalière.

Codification

Décret n° 2025-693 du 23 juillet 2025 relatif aux dispositions réglementaires du livre III du code général de la fonction publique

Le code général de la fonction publique (CGFP) dont le volet réglementaire a été introduit à compter du 1er mars 2022 par ses deux premiers livres, est complété par son troisième livre avec ce nouveau décret. Ce décret complète le titre IV (Emplois à la décision du Gouvernement et emplois de direction) de ce livre III en y insérant un article R.341-1 correspondant à la codification à droit constant du décret n° 85-779 du décret du 24 juillet 1985 portant application de l'article 25 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 fixant les emplois supérieurs pour lesquels la nomination est laissée à la décision du gouvernement.

Décret n° 2025-695 du 24 juillet 2025 modifiant les livres Ier et II du code général de la fonction publique et relatif aux dispositions réglementaires du livre III du même code

Le décret crée la partie réglementaire du livre III (Recrutement) du CGFP. En outre, ce décret procède à plusieurs modifications : l'abrogation partielle ou totale de décrets dont les dispositions sont transférées, en tout ou partie, au livre III du CGFP ; l'actualisation des termes de dispositions réglementaires non codifiées au CGFP par le présent décret en ce qu'ils référaient à des dispositions réglementaires qui sont transférées au livre III du CGFP ; l'actualisation de décrets dont certaines dispositions, qui sont relatives au recrutement par concours, sont codifiées au titre II du livre III du CGFP alors que d'autres dispositions de ces mêmes décrets, qui sont relatives à la promotion interne et à l'avancement, seront codifiées ultérieurement au titre II du livre V de ce code ; l'actualisation de l'intitulé de décrets dont les termes référaient à des lois codifiées dans la partie législative du CGFP ou mentionnaient un contenu codifié au CGFP par le présent décret.

Veille documentaire

Hélène de FAVERGES
Directrice d'Hôpital

Fracture sanitaire : une dynamique mortifère continue depuis 10 ans

UFC que Choisir

« *En s'appuyant sur les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'analyse suit l'évolution de l'installation des médecins en France de 2014 à 2024, afin d'identifier les dynamiques à l'œuvre sur le territoire* ». Or, les territoires fragiles il y a 10 ans voient leur densité médicale reculer encore. C'est assez logique, le départ des professionnels garantissant un exercice professionnel à la fois solitaire et harassant. « *Ce déséquilibre grandissant démontre l'échec cuisant des politiques publiques récentes : les incitations financières mises en place pour attirer des médecins dans les zones sous-dotées n'ont pas suffi à inverser la tendance, ni même à la freiner* ».

De fait, les départements les plus mal dotés en généralistes se sont encore aggravés, et les spécialistes sont aussi absents, notamment ophtalmologues, gynécologues et pédiatres, avec des conséquences considérables sur l'état général de la population et l'impossibilité de mettre en place une prévention correcte.

A noter, des effets de bord intéressants, avec des départements sous-dotés qui jouxtent des départements « riches » : Paris en est un bon exemple, quand les 91, 93 et 77 sont en très grande difficulté. Or s'il est illusoire d'imaginer contraindre les professionnels qui s'installent dans Paris à exercer en grande couronne, on pourrait hybrider les solutions, à la fois négocier que les professionnels parisiens exercent une petite quotité de solidarité dans ces espaces sous dotés, et en assurant l'accueil des populations concernées dans les structures parisiennes, y compris si le patient doit se déplacer, ce qui est envisageable pour des soins programmés et ponctuels, moins pour des soins non programmés ou itératifs.

Paris, Lille, Lyon, Marseille, Bordeaux, Nantes, Montpellier, Rouen sont des villes attractives, ce qui s'exprime par l'augmentation du nombre d'implantations. L'attractivité de la ville des études, mais aussi la présence d'infrastructures professionnelles (le CHU notamment) et personnelles (écoles, travail du conjoint...) sont autant de facteurs garantissant des conditions de travail et de vie favorables.

Pour autant, l'implantation d'universités dans les zones vulnérables (Outre-Mer, par exemple), la mise en place des GHT, le recours aux médecins à diplômes étrangers ont permis de réduire la fracture sanitaire. Mais la correction des inégalités suppose une politique très volontariste. L'UFC Que Choisir propose donc :

- L'instauration d'un conventionnement territorial des médecins, ne permettant de s'installer qu'en secteur 1 dans les zones sur-dotées. Mais cette mesure est très impopulaire chez les professionnels et l'histoire montre que l'incitation fonctionne mieux que la contrainte, d'autant que la densité médicale dans certaines zones riches s'est tout de même un peu effritée.
- La restriction à l'accès au secteur 2
- La formation massive de médecins et soignants.

237 200 médecins sont en activité en France au 1er janvier 2025

Jeux de données, DREES, 28/07/2025

« *Entre début 2012 et début 2025, le nombre de médecins a augmenté de 9,9 %, stimulé par un effectif croissant de médecins diplômés à l'étranger (11 % des médecins ont un diplôme étranger au 1er janvier 2025, après 7 % au 1er janvier 2012) et par l'entrée en activité des générations ayant bénéficié de la hausse du nombre de places en formation (numerus clausus), très forte entre 2000 et 2020. Le nombre de médecins a particulièrement augmenté ces deux dernières années (+ 1,4 % entre les 1er janvier 2023 et 2024 ; + 1,6 % entre les 1er janvier 2024 et 2025)* ». Au début 2025, on compte 100 000 généralistes et 137 200 spécialistes, dont 16 000 psychiatres. La population a rajeuni (51,1 ans en 2012 contre 49,9 ans aujourd'hui), s'est féminisée (41 % en 2012 contre 50 % aujourd'hui). La plupart des médecins combinent une activité libérale et salariée.

Caractéristiques et localisation des postes de la fonction publique en 2023

Études et Statistiques, DGAFP, 17/7/2025 (coll. Stats rapides)

Fin 2023, la hausse de l'emploi public est portée par une augmentation du nombre des contractuels (+ 4,9 %), qui représentent 23 % des agents publics (+1 point par rapport à fin 2022). » En revanche, le nombre de fonctionnaires augmente dans la FPH.

Permanence des soins en établissements de santé

Note d'information n° DGOS/P1/2025/109 du 30 juillet 2025 relative au lancement d'une enquête ministérielle sur l'attribution des lignes de permanence des soins en établissements de santé (PDSES) à la suite de la publication des schémas régionaux de santé

La DGOS lance une enquête sur l'attribution des lignes de permanence des soins en établissements de santé (PDSES). Pour mémoire, la PDSES est un serpent de mer difficile à appréhender : les montants délégués aux hôpitaux sont consolidés dans une approche très globalisée. Le montant s'amenuise d'année en année, ce qui amène les établissements de santé à réduire les lignes de gardes, transformer les gardes en demi-gardes ou astreintes pour tenir dans des enveloppes décorrélées de la dépense réelle.

Jadis, les médecins de ville étaient tenus de participer à la permanence, et ils ont été exonérés de cette obligation sous le ministère de Jean-François Mattéi. L'objectif de cette refonte en 2023 est d'inciter les acteurs de ville à intervenir pour alléger la charge des établissements publics qui assurent aujourd'hui la grande majorité des lignes de garde et d'astreinte.

Les ARS doivent réviser le volet PDSES de leur schéma régional de santé (SRS). L'article R. 6111-42 du Code de la santé publique prévoit une nouvelle procédure d'attribution des lignes de PDSES, par appel à candidatures « *afin de désigner les structures attributaires des implantations de permanence des soins pour celles des activités de soins et pour les équipements matériels lourds dont les conditions d'implantation ne prévoient pas d'obligation en la matière* ».

L'enquête permettra à la DGOS de suivre les demandes d'attribution de lignes selon les spécialités, et de renseigner notamment les informations relatives aux activités réglementées. Cela passera par le recensement des lignes ouvertes à candidature, tant en activité réglementée que non réglementée, le nombre d'établissements candidat par type d'ES et l'identification des établissements lauréats.

● AGENDA

Journée nationale « Perf.IA »

Comment mettre l'intelligence artificielle au service du soin ?

ANAP, Montrouge, 14 octobre 2025

Santé RH est une publication mensuelle éditée par INFODIUM - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - www.infodium.fr tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 Rédaction : infodium@infodium.fr - **www.sante-rh.fr** Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conseiller scientifique : Jérôme Lartigau - Conception graphique et mise en page : Yohann Roy, Publiatis - Abonnements : Infodium C/O Corlet Logistic Service abonnement - ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX abonnement@infodium.fr Tél : 02 31 59 25 00 - 11 numéros par an - Abonnement 365,00 euros par an. Prix au numéro : 48 euros - n° de CPPAP 0126 T 89709 - ISSN 1969-7945 - Dépôt légal à date de parution - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
© Infodium – Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.

IMPRIM'VERT®

BULLETIN D'ABONNEMENT

Santé RH

À compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à : Infodium C/O Corlet Logistic - Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

P185

1 an, 11 numéros papier
+ 1 accès numérique
+ base documentaire sur
www.sante-rh.fr
au prix de 362,39 HT - **370 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :
☐ Bon de commande/réf. Chorus jointe
☐ Chèque à l'ordre d'INFODIUM, une facture justificative sera envoyée
☐ Mandat administratif/Réception de facture

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

Infodium - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 69, avenue des Ternes 75017 Paris – tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du 1er Janvier 2025 au 31 Décembre 2025.

Raison sociale : .....
Nom : ..... Prénom : .....
Fonction : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : .....
E-mail (mail version numérique) : .....
Cachet/Date/Signature