

ÉDITORIAL

Enjeux RH et LFSS 2026 dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

La dernière loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2026 change l'environnement RH des établissements sanitaires et médico-sociaux. Dans un contexte où les effectifs restent sous tension et où le budget est plus serré, la loi de financement agit surtout sur un point clé : la régulation du recours à l'intérim.

Parmi les mesures structurantes, le gouvernement renforce le plafonnement des salaires d'intérim et l'élargit. Au départ, le plafonnement ne concernait que les praticiens hospitaliers ; aujourd'hui il s'applique de façon plus stricte et couvre aussi plusieurs professions paramédicales et médico-sociales. Le gouvernement veut freiner la hausse des coûts d'intérim, qui déséquilibre les budgets et crée des écarts de rémunération difficiles à soutenir.

Le problème ne se limite pas à la finance. Le plafonnement de l'intérim force les directions à revoir la façon de gérer les effectifs. Ces dernières doivent fidéliser les salariés, mettre en place une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, rendre les postes permanents plus attractifs et surtout organiser le temps de travail. La dépendance à l'intérim, aujourd'hui structurelle dans certains territoires et certaines spécialités, ne peut plus être utilisée comme un simple réglage automatique.

L'évolution prévue de l'ONDAM augmente la tension. La loi fixe l'ONDAM à +1,6 % pour 2026, un niveau historiquement bas par rapport aux besoins des établissements. La Fédération hospitalière de France (FHF) dénonce cet écart et réclame une hausse de +3 % pour le secteur hospitalier et de +4 % pour le secteur médico-social afin de financer les charges et les augmentations salariales nécessaires. Cette différence met en évidence la tension entre les contraintes budgétaires imposées par la loi et les besoins réels des établissements pour sécuriser leurs effectifs et leur fonctionnement.

La loi de finances envoie un signal de régulation plus ferme du marché du travail hospitalier. En encadrant plus strictement l'intérim, elle cherche à restaurer la cohérence salariale et budgétaire. Son efficacité dépendra de la capacité des établissements à transformer la contrainte imposée par la loi en stratégie RH. Celle-ci doit articuler attractivité, fidélisation et sécurisation des parcours professionnels.

À moyen terme, cette évolution pourrait accélérer la recomposition des organisations internes, avec un renforcement des équipes stables et une attention accrue portée au management de proximité. La soutenabilité financière et la qualité du climat social apparaissent désormais étroitement liées.

Luc LE PROVOST

Enseignant-chercheur

Institut Catholique de Rennes

SOMMAIRE

● GESTION SOCIALE

La QVCT à l'hôpital : des attentes fortes, des moyens sous tension... et des ressources alternatives à mobiliserp2

Les élections professionnelles de 2026p7

● STRATÉGIE & PILOTAGE

La transparence salariale : quels impacts pour les DRH hospitaliers ? ..p10

● JURISPRUDENCE

Incompatibilité de la localisation du logement avec les gardes de directionp13

Interruption du traitement de l'agent qui exerce une activité privée lucrative pendant son CLM ou CLDp14

Compétence du directeur d'un centre hospitalier pour suspendre le droit d'exercer d'un médecin en cas de circonstances exceptionnellesp15

Suffisance d'un unique témoignage pour prouver la matérialité de la faute commise par un agentp16

● VEILLE RÉGLEMENTAIRE

.....p17

● VEILLE DOCUMENTAIRE / AGENDA

.....p19 ; 20

QVCT

La QVCT à l'hôpital : des attentes fortes, des moyens sous tension... et des ressources alternatives à mobiliser

Promue par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), le ministère de la Santé et les Agences Régionales de Santé (ARS), la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT) s'est imposée depuis plusieurs années comme un pilier incontournable des politiques de Ressources Humaines (RH) à l'hôpital. Sur elle se fondent de nombreux espoirs : renforcer l'attractivité, améliorer la fidélisation des professionnels, garantir la qualité et la sécurité des soins. Pourtant, ce levier désormais central des projets d'établissement reste paradoxalement fragile. Structurée dans le secteur hospitalier français depuis environ une décennie, la QVCT s'est développée sans toujours bénéficier de financements reconductibles à la hauteur des ambitions affichées. Aujourd'hui plus que jamais, les établissements de santé se trouvent confrontés à une tension majeure : comment faire de la QVCT une réalité concrète et pérenne, dans un contexte inédit de contraintes budgétaires ? Et si une partie de la réponse résidait dans des ressources encore peu mobilisées, en dehors des circuits habituellement identifiés pour la QVCT ?

Delphine LEMAIRE-BRUNEL

Directrice d'hôpital

Communication, Culture & Mécénat

Centre Hospitalier Sud Essonne Dourdan-Etampes (CHSE),

La QVCT à l'hôpital : attentes et enjeux

Définition et ambitions de la QVCT

« La qualité de vie au travail regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux. »^[1] Cette définition issue du site de l'ARS Île-de-France met en lumière l'ambition centrale de la QVCT : articuler bien-être des professionnels et efficacité des hôpitaux.

Selon l'ANACT, quelles que soient les organisations, cette démarche recouvre plusieurs dimensions complémentaires allant du « projet d'entreprise » à la santé au travail, en passant par la prévention, le management, l'organisation, le contenu et la réalisation du travail, les compétences et les parcours professionnels, le dialogue professionnel et le dialogue social, ainsi que l'égalité au travail.

La QVCT constitue ainsi une approche globale du travail, ambitieuse, qui ne saurait se réduire à des actions périphériques ou ponctuelles, comme le soulignait la HAS dès 2017^[2]. Conçue pour agir à la fois aux niveaux individuel et collectif, la QVCT cherche à dépasser les tensions inhérentes au travail afin de concilier qualité des conditions d'exercice, engagement des professionnels et performance des établissements.

[1] Agence Régionale de Santé Île-de-France, La qualité de vie et des conditions de travail, 27 janvier 2026, disponible sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-et-des-conditions-de-travail>, consulté le 15 avril 2026.

Il est désormais attendu des politiques de QVCT qu'elles apportent des réponses concrètes à certains des maux les plus marquants de l'hôpital public, en particulier en matière d'attractivité et de fidélisation des professionnels.

Les attentes du monde hospitalier : attractivité et fidélisation des professionnels

En effet, la quasi-totalité des établissements de santé sont aujourd'hui confrontés à des tensions RH durables.

Les vacances de postes sont importantes : selon la Fédération hospitalière de France (FHF), en 2022, près de 30 % des postes de praticiens hospitaliers étaient vacants, tandis qu'environ 25 000 postes paramédicaux restaient non pourvus : 4 à 5 % des postes infirmiers et 2,5 % des postes d'aides-soignants^[3].

Le taux d'absentéisme dans la fonction publique hospitalière est estimé entre 8 et 10 %^[4], plus élevé que dans l'ensemble de la fonction publique et dans le secteur privé^[5].

Dans certains services, ces tensions atteignent un niveau tel qu'elles remettent en cause la continuité de l'activité et la permanence des soins, faisant de l'attractivité et de la fidélisation des enjeux parfois existentiels.

Des analyses récentes expliquent la perte d'attractivité de l'hôpital public par des conditions de travail exigeantes, en décalage avec les attentes des professionnels, et leurs souhaits d'équilibre vie privée / vie professionnelle^[6]. L'épuisement professionnel, les reconversions et les départs vers d'autres secteurs constituent également des marqueurs forts des difficultés de fidélisation.

Dans ce contexte, les tensions sur les effectifs contribuent à dégrader les conditions de travail, alimentant un cercle vicieux : la surcharge des équipes en place favorise l'absentéisme et les départs, ce qui accentue encore les difficultés de recrutement. Pour les patients, ces tensions peuvent également impacter directement la qualité et la sécurité des soins. Les démarches de QVCT s'inscrivent précisément dans l'ambition de rompre cette dynamique.

Toutefois, si la démarche QVCT est investie de ces attentes, sa mise en œuvre pérenne se heurte à des contraintes structurelles, à commencer par les financements.

Les paradoxes du financement de la QVCT

Comment financer la QVCT ?

Dans un contexte hospitalier déjà marqué par des besoins de financement multiples (exploitation courante, investissements, innovation...), la QVCT s'est donc progressivement imposée comme une priorité supplémentaire.

En théorie, cette démarche est envisagée comme un investissement « autoporteur », reposant sur un cercle vertueux : en améliorant les conditions de travail et en réduisant certains dysfonctionnements organisationnels, la QVCT générerait, à terme, des gains qui permettraient son autofinancement.

Mais cette logique se heurte à une difficulté initiale : il faut pouvoir mobiliser des moyens au départ pour lancer la démarche. Or, la QVCT relève largement de l'investissement immatériel : ses effets, bien que réels, sont diffus, progressifs et difficilement quantifiables à court terme, ce qui complique son inscription dans les logiques budgétaires classiques.

[2] Haute Autorité de Santé (HAS), Guide de la démarche qualité de vie au travail, septembre 2017, disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/guide_demarche_qvt_2017.pdf. Page 7, consulté le 15 avril 2026 : « Ce que n'est pas la qualité de vie au travail : un nouveau projet social parachuté dans l'établissement et déconnecté du fonctionnement quotidien ; une norme qui s'appliquerait indifféremment à tous ; un contrepoint des risques psychosociaux : plaisir au travail versus souffrance ; un supplément d'âme... En aucun cas, la qualité de vie au travail ne peut se réduire à : des recommandations relevant plutôt de l'hygiène de vie : « faire 10 000 pas par jour, manger des fruits »... ; des mesures à la périphérie du travail : salle de sport, crèche... ; des mesures d'accompagnement individuel : permanence de psychologue, coach. »

[3] Fédération Hospitalière de France, La FHF en action : renforcer l'attractivité des métiers de la santé et du médico-social, 25 avril 2022, disponible sur : <https://www.fhf.fr/la-fhf-en-action-renforcer-lattractivite-des-metiers-de-la-sante-et-du-medico-social>, consulté le 15 avril 2026.

[4] Sandrine Gorreri, L'absentéisme dans les hôpitaux : une problématique persistante, Fondation iFRAP, 29 avril 2025, disponible sur : <https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/labsenteisme-dans-les-hopitaux-une-problematique-persistante>, consulté le 15 avril 2026.

[5] Vie-publique.fr (La rédaction), Rapport 2024 sur la fonction publique : focus sur l'absentéisme et le pouvoir d'achat, 21 novembre 2024, disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/296173-rapport-2024-fonction-publique-absenteisme-et-salaires-en-focus>, consulté le 15 avril 2026.

[6] UniHA, Des solutions UniHA pour renforcer l'attractivité de l'hôpital, 14 janvier 2025, disponible sur : <https://www.uniha.org/actualites/tendance/des-solutions-uniha-pour-renforcer-lattractivite-de-lhopital>, consulté le 15 avril 2026.

Dans les faits, le déploiement des démarches de QVCT s'est largement appuyé sur des financements ciblés ponctuels, sous forme d'appels à projets ou à manifestations d'intérêt, portés notamment par les ARS via le Fonds d'Investissement Régional (FIR) ou les Contrats Locaux d'amélioration des Conditions de Travail (CLACT), ou par la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL).

Ce mode de financement fait émerger un paradoxe : des ressources temporaires sont mobilisées pour répondre à des besoins durables. Il en découle une tension structurelle entre la continuité des enjeux de QVCT et la discontinuité des moyens alloués.

Le décalage entre la temporalité des investissements et celle des contraintes budgétaires fragilise la pérennité des démarches engagées et risque de favoriser une approche opportuniste, dépendante des financements externes, au détriment d'une stratégie intégrée et durable.

À cela s'ajoute une contrainte supplémentaire : la situation budgétaire et financière actuelle de la très grande majorité des établissements de santé, qui limite drastiquement leurs marges de manœuvre.

Les difficultés induites par la situation de tensions budgétaires et financières inédite

Cette situation connaît en effet aujourd'hui une dégradation d'une ampleur inédite : le déficit des hôpitaux publics s'élève à près de 2,9 milliards d'euros, dans un environnement où le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale est estimé à environ 16 milliards d'euros, et sa trajectoire est jugée préoccupante avec une accélération du creusement des déséquilibres^[7].

Dans un tel contexte, les marges de manœuvre des établissements se réduisent considérablement et peuvent contraindre de façon drastique les arbitrages internes. Les dépenses directement liées au cœur de missions des hôpitaux, à la continuité et à la sécurité des soins, s'imposent logiquement comme prioritaires, ce qui peut conduire à différer des investissements dont les effets sont moins visibles et difficilement mesurables à court terme. Bien qu'identifiée comme un levier structurant de transformation et de performance durable, la QVCT court alors le risque de devenir une variable d'ajustement budgétaire.

La raréfaction des ressources risque également d'accentuer les phénomènes de concurrence entre établissements dans l'accès aux financements fléchés. Dans ce contexte, la capacité des hôpitaux à structurer une véritable ingénierie de financement constitue un enjeu stratégique. La mise en place d'une veille active sur les opportunités de financement, l'identification de ressources internes dédiées au montage de projets, ainsi que le développement de partenariats deviennent des leviers incontournables.

Toutefois, pour répondre pleinement aux enjeux, cette première réponse organisationnelle doit être complétée par des voies complémentaires mobilisant des leviers encore peu investis dans le secteur hospitalier.

Des pistes pour avancer : mobiliser des ressources en dehors des circuits habituels

La QVCT, une affaire de culture autant que de budget

Si elle est centrale, la question des moyens budgétaires ne saurait être l'unique prisme d'analyse, car toutes les actions en faveur de la QVCT ne nécessitent pas nécessairement des investissements financiers importants. Nombre d'entre elles relèvent avant tout d'une transformation des pratiques, des représentations et du fonctionnement collectif.

La QVCT relève en effet autant de la culture d'établissement que des moyens mobilisés, car elle se fonde d'abord sur les conditions réelles d'exercice du travail, son organisation et le sens que les professionnels peuvent y trouver. Sans des valeurs partagées, un niveau de confiance suffisant et la capacité à construire un récit collectif, les moyens matériels ciblés sur la QVCT risquent d'être inopérants.

La QVCT est classiquement considérée comme une responsabilité RH qui s'inscrit dans un écosystème identifié réunissant le service de santé au travail, le service social et la Formation Spécialisée Santé, Sécurité et Conditions de Travail (F3SCT) du Comité Social d'Établissement (CSE). Cette approche sectorisée, si elle est logique et fondatrice, peut constituer une limite à sa portée en cantonnant la QVCT à des actions prioritairement centrées sur les effets visibles de dysfonctionnements et en la privant d'un potentiel d'action plus large.

[7] Inspection générale des finances (IGF) et Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics : renforcer l'efficacité par une intégration territoriale, septembre 2025.

Or, c'est la notion de sens et de partage du sens qui est au cœur de la QVCT. Et la question du sens concerne l'ensemble des parties prenantes de l'hôpital. Yves Clot, psychologue du travail, met ce sens au centre de son analyse sur la qualité de vie au travail et invite à agir prioritairement sur la qualité du travail, sur la capacité des professionnels à se reconnaître dans ce qu'ils font et à en parler^[8]. Dans ce cadre, les actions QVCT se concentrent sur l'organisation du travail, les marges de manœuvre des professionnels et les espaces de discussion concrets sur le travail. Le rôle du management de proximité et de la fonction communication devient essentiel, car il s'agit de déployer une culture d'établissement qui soit un socle pour la démarche de QVCT.

Cette culture, spécifique à chaque structure, se nourrit de valeurs partagées, d'une histoire commune, d'une identité professionnelle particulière et de rituels collectifs. Dans un contexte hospitalier marqué par des transformations régulières, elle pourra jouer un rôle protecteur en favorisant le sentiment d'appartenance, la fierté du métier et la cohésion entre équipes. Les récits et les symboles, la capacité de l'hôpital à se raconter, se reconnaître et à relier sont cruciaux. Donner à voir le travail bien fait, valoriser les équipes, partager des réussites collectives, autant d'actions qui relèvent de la communication, mais qui constituent, en réalité, de puissants outils de QVCT.

Investir dans le récit d'établissement pour en faire un levier de QVCT en articulant histoire, valeurs incarnées et reconnaissance des métiers et du travail « bien fait » apparaît ainsi comme une première voie prometteuse.

Le recours à des financements complémentaires : le mécénat comme levier à explorer

Le recours à des financements complémentaires via le mécénat constitue une seconde piste utile à explorer sans pour autant être un substitut aux financements publics.

Défini comme un soutien matériel ou financier apporté sans contrepartie directe à une œuvre d'intérêt général, le mécénat s'inscrit en France dans un cadre juridique bien défini. Ce sujet est encore souvent embryonnaire dans le champ de la QVCT hospitalière.

Contrairement à certaines idées reçues, le mécénat n'est pas réservé aux grandes institutions : tous les établissements publics de santé peuvent y recourir via différents dispositifs (fondations hospitalières, fonds de dotation...), mais aussi en direct, car il n'est pas nécessaire de créer une structure indépendante pour se lancer dans la collecte de dons^[9].

Sous ses différentes formes, le mécénat peut soutenir une grande diversité de projets :

Le mécénat financier facilite la mise en œuvre d'initiatives, comme la création d'espaces de repos ou le développement de programmes dédiés. Le mécénat en nature apporte des dons de matériels ou d'aménagement (peinture, travaux...). Le mécénat de compétence permet la mise à disposition de professionnels : ergonomes, coach, intervenants en bien-être... D'une façon générale, le mécénat apporte une richesse aux établissements en combinant apport de ressources, ouverture sur l'extérieur et développement des pratiques professionnelles, contribuant à décroquer les environnements de travail et à approfondir le sens du travail, faisant ainsi le lien avec le travail de communication mentionné dans la partie précédente.

Il s'agit d'une démarche gagnant-gagnant, les entreprises mécènes pouvant de leur côté inscrire leur engagement dans leurs stratégies de responsabilité sociétale (RSE) et bénéficier d'un cadre fiscal incitatif.

En pratique, plusieurs obstacles et freins sont à lever. Côté établissements, il existe souvent un tabou culturel vis-à-vis du financement privé dans le service public, une méconnaissance des outils juridiques disponibles, ou encore la perception d'une complexité administrative importante. Côté mécènes, les besoins liés à la QVCT sont encore peu identifiés, l'image de l'hôpital restant majoritairement associée aux patients.

[8] Vidéo enregistrée lors du séminaire du 21 octobre 2010, organisé par la HAS sur la qualité de vie au travail et la qualité des soins dans les établissements de santé : <https://www.santetravail-fp.fr/temoignage/yves-clot-cnam-la-qualite-du-travail-est-centrale-pour-la-sante>, consulté le 15 avril 2026.

[9] Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), Dons & mécénat : se lancer pour valoriser et financer ses projets, 2022, disponible sur : https://anap.fr/s/article/dons-et-mecenas-se-lancer-pour-valoriser-et-financer-ses-projets_consulté le 15 avril 2026.

Pour dépasser ces limites, il est indispensable de définir une stratégie de mécénat articulée aux enjeux de QVCT, d'associer les équipes à l'identification des projets, dans une logique participative, d'assurer une visibilité adaptée des mécènes, compatible avec les principes du service public, et de développer des outils d'évaluation et de valorisation des impacts.

La professionnalisation de la fonction mécénat au sein des établissements constitue, à cet égard, un enjeu clé et implique un travail transversal entre directions, voire à l'échelle du territoire.

Conclusion

L'enjeu n'est pas de substituer des financements privés aux ressources publiques ni de "privatiser" la QVCT hospitalière. Il s'agit d'en faire une responsabilité partagée et d'activer tous les leviers propices à son inscription dans le temps. La QVCT gagne à constituer un projet transversal, à la croisée des ressources humaines, du management, de la communication et des dynamiques territoriales.

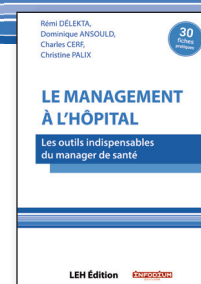
Dans un contexte de tensions financières durables, le véritable enjeu réside peut-être autant dans la recherche de moyens supplémentaires que dans une évolution de regard : sur ce qui fonde réellement la qualité de vie au travail, sur les acteurs susceptibles d'y contribuer, et sur la manière de reconnaître et de valoriser le travail des professionnels hospitaliers.

À cet égard, une dynamique de décloisonnement et de coopération élargie invite à croiser les approches et à oser de nouvelles alliances afin que la QVCT soit un levier durable d'attractivité, d'engagement et de performance au service de l'hôpital public.

Le management à l'hôpital en 30 fiches pratiques

- Les outils indispensables pour accompagner les managers de santé
- Les clés pour gérer les équipes dans les établissements
- Des outils pratiques, de la théorie : une approche spécifique pour les hospitaliers

Par : Dominique ANSOULD, Dr Charles CERF, Rémi DELEKTA, Dr Christine PALIX - Préface de Matthieu GIRIER



BON DE COMMANDE

A 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



	Qté	HT	TTC
<input type="checkbox"/> OUI , Je commande le livre			
Le management à l'hôpital en 30 fiches pratiques - Les outils indispensables du manager de santé par Dominique Anould, Charles Cerf, Rémi Délekta et Christine Palix, 325 pages (ISBN 978-2-38612-017-6) TVA : 5,5 %	36,97	39,00
A partir de 11 exemplaires	28,44	30,00
Participation forfaitaire aux frais de port 6 euros (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %
		Total	<input type="text"/>

Mme, Mlle, M.

Nom : Prénom :

Établissement :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Cachet / Signature

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'INFODIUM.

Je recevrai une facture justificative.

A réception de facture (avec RIB)

ÉLECTIONS

Les élections professionnelles de 2026

L’Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2026/5 du 18 février 2026 et le guide pratique paru à cette occasion nous invitent à rappeler la cadre et les modalités de déroulement des élections professionnelles 2026. L’instruction nous rappelle tout d’abord que ces élections visent au renouvellement des instances représentatives du personnel et requièrent à ce titre une mobilisation des différents acteurs intervenant dans le processus électoral, et notamment celle des établissements et des agences régionales de santé. Les élections professionnelles sont communes aux trois versants de la fonction publique. La date a été fixée au jeudi 10 décembre 2026. Les scrutins à l’urne se tiendront le jeudi 10 décembre 2026, tandis que les scrutins électroniques devront s’ouvrir entre le 3 et le 7 décembre 2026 et s’achèveront le jeudi 10 décembre 2026.

Fabrice DION

Directeur d’hôpital, Docteur en droit

Le cadre législatif et réglementaire

L’instruction de la DGOS nous précise le périmètre dans lequel les élections interviennent. Dans la fonction publique hospitalière (FPH), les élections concernent le renouvellement général des représentants du personnel à différentes instances :

- comités sociaux des établissements (CSE) ainsi qu’aux comités sociaux des établissements de l’Assistance publique - hôpitaux de Paris et des Hospices civils de Lyon ;
- comité consultatif national (CCN) ;
- commissions administratives paritaires locales (CAPL), départementales (CAPD) et nationales (CAPN) ainsi qu’aux commissions administratives paritaires de l’Assistance publique - hôpitaux de Paris ;
- commissions consultatives paritaires (CCP) de la fonction publique hospitalière.

Ces élections s’appuient sur un corpus législatif et réglementaire qui figure non seulement dans le code général de la fonction publique ainsi que dans le code de l’action social et des familles, mais aussi dans les textes spécifiques suivants :

- décret n° 2003-761 du 1^{er} août 2003 relatif aux commissions administratives paritaires de l’Assistance publique-hôpitaux de Paris ;
- décret n° 2022-858 du 7 juin 2022 relatif aux comités sociaux d’établissement locaux de l’Assistance publique-hôpitaux de Paris et des Hospices civils de Lyon ;
- arrêté du 8 janvier 2018 relatif aux commissions consultatives paritaires compétentes à l’égard des agents contractuels de la fonction publique hospitalière.

L’instruction précise que les règles relatives à l’organisation des élections professionnelles au sein des commissions consultatives paritaires restent prévues par arrêté, tandis que les élections professionnelles au sein des établissements de l’Assistance Publique des Hôpitaux de Paris relèvent simultanément du CGFP et de dispositions par décret qui lui sont propres.

En outre, des modifications réglementaires sont intervenues depuis les précédentes élections aux termes du décret 2025-1430 du 30 décembre 2025 harmonisant et simplifiant les dispositions applicables aux élections professionnelles et aux instances de dialogue social dans la fonction publique. Tout d'abord, les conditions de modification des listes électorales à l'issue de la période de réclamation pour le CSE, les CAP ont évolué. Le décret supprime cette condition de postériorité de l'évènement et laisse donc la possibilité de modifier la liste électorale après sa clôture, et ce, jusqu'à la veille du scrutin. En outre, les articles R. 252-82 (CSE), R. 262-49 (CAPL et CAPD) et R. 282-18 (CAPN) du CGFP sont modifiés afin d'instaurer un dispositif de tirage au sort en cas d'impossibilité pour les organisations syndicales de désigner un remplaçant. Les modalités de désignation de ces remplaçants seront prévues par arrêté.

Sur le plan des modalités de vote, le guide pratique précise que les éléments à retenir sont les suivants selon les instances concernées : pour les CSE, CAPL, CAPD et CCP, trois modalités de vote possibles :

- soit le recours exclusif au vote électronique ;
- soit le vote à l'urne ;
- soit le vote à l'urne et par correspondance.

Pour les CAPN, deux modalités de vote possibles : électronique ou correspondance. En outre, le guide indique que toutefois, pour les élections aux CAPD et CCP, le vote électronique peut être écarté par décision du directeur dans un établissement de moins de 50 électeurs si cette modalité d'expression du suffrage est incompatible avec les contraintes liées à sa taille. De plus, une autre dérogation est prévue, dans l'hypothèse d'une altération du système de vote électronique. Dans ce cas, un vote à l'urne peut être mis en place.

L'organisation du processus électoral

L'instruction nous rappelle le rôle essentiel des ARS. Celles-ci ont une mission de veille sur le bon déroulement des opérations tout au long du processus électoral. À ce titre, elles doivent désigner des référents élections, et elles doivent également coordonner un réseau analogue au sein des établissements relevant de la FPH. Chaque établissement devra donc désigner également des correspondants qui seront en lien avec leur ARS. Celles-ci pourront ainsi assurer leur mission de contrôle sur la remontée automatisée des résultats des établissements.

De plus, l'annexe 2 de l'instruction (au même titre que le guide) fournit les dates principales du calendrier électoral. À ce titre, il convient dans l'immédiat de retenir les dates suivantes :

- détermination de l'effectif dans l'établissement et des parts respectives de femmes et d'hommes avant le 10 avril 2026 ;
- affichage de la date des élections dans les établissements avant le 10 juin ;
- affichage du nombre de sièges à pourvoir indiquant les parts de femmes et d'hommes avant le 10 juin.

Le guide pratique complète l'instruction de la DGOS afin d'accompagner les responsables RH tout au long du processus électoral. Le guide rappelle la nécessité de mettre en place un comité de suivi électoral réunissant les directions en charge des élections et les organisations syndicales. L'objet de ce comité de suivi, au niveau des établissements, consiste notamment à veiller à la régularité du déroulement du scrutin. Ce sera ainsi l'occasion de mettre en place un accord préélectoral. Ceux-ci sont fortement recommandés. Ils permettent de préciser les modalités pratiques d'organisation et de déroulement des élections professionnelles. Ces protocoles ont vocation à associer l'ensemble des organisations syndicales présentes dans les établissements.

L'instruction donne les modalités d'accès aux contacts et informations utiles via les canaux suivants :

- par les établissements aux correspondants élections dans les ARS ;
- en cas de difficulté majeure et uniquement par les correspondants élections des ARS, à la DGOS sur la boîte fonctionnelle : elections-fph@sante.gouv.fr ;
- de plus, les documents, comme tous les outils mis à la disposition pour l'organisation des élections professionnelles 2026, sont consultables depuis le site : les élections professionnelles 2026 - ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles.

L'ensemble de ces éléments doivent permettre de mener à bien l'organisation de ce processus électoral, acte majeur de la démocratie sociale.

Principales dates du calendrier électoral des élections FPH 2026

Étapes	Délais	Date
Appréciation de l'effectif dans l'établissement et des parts respectives de femmes et d'hommes		Au 1 ^{er} janvier 2026
Détermination de l'effectif dans l'établissement et des parts respectives de femmes et d'hommes	Au moins 8 mois avant la date du scrutin	Vendredi 10 avril 2026 au plus tard
Pour les CPP : Transmission de la liste électorale au directeur de l'établissement gestionnaire, par le directeur de l'établissement	Au moins 8 mois avant la date du scrutin	Vendredi 10 avril 2026 au plus tard
Affichage de la date des élections dans les établissements	Au moins 6 mois avant la date du scrutin	Mercredi 10 juin 2026 au plus tard
Affichage du nombre de sièges à pourvoir indiquant les parts de femmes et d'hommes	Au moins 6 mois avant la date du scrutin	Mercredi 10 juin 2026 au plus tard
Appréciation et détermination des parts respectives de femmes et d'hommes dans l'hypothèse où une réorganisation de l'établissement ou une modification statutaire entraîne une variation d'au moins 20 % de l'effectif des agents relevant de l'instance concernée	Au plus tard 4 mois avant la date du scrutin	Lundi 10 août 2026 au plus tard
Affichage des listes électorales dans les établissements	60 jours avant la date du scrutin	Vendredi 09 octobre 2026
Demande d'inscription ou de radiation des listes électorales	Pendant 8 jours après l'affichage	Jusqu'au lundi 19 octobre 2026
Affichage des modifications de la liste	Dans les 48 heures après l'expiration du délai de 8 jours	Jusqu'au mercredi 21 octobre 2026
Réclamations éventuelles sur ces modifications	Pendant 5 jours après cet affichage	Au plus tard lundi 26 octobre 2026
Examen des réclamations et décision définitive	Pendant 24 heures	Mardi 27 octobre 2026
Clôture des listes électorales et envoi des listes électorales aux organisations syndicales	16 jours à compter de l'affichage ou la mise en ligne des listes électorales	Lundi 26 octobre 2026
Date limite de dépôt des candidatures sur liste ou sigle	42 jours au moins avant la date du scrutin	Jeudi 29 octobre 2026 au plus tard
Affichage des listes de candidats sur liste ou sur sigle dans les établissements	Au plus tard le deuxième jour ouvré suivant la date limite fixée pour leur dépôt	Lundi 02 novembre 2026 au plus tard
Envoi du matériel électoral par voie postale à chaque électeur	Au plus tard 10 jours avant la date du scrutin	Lundi 30 novembre 2026 au plus tard
Jour du scrutin	Jour J	Jeudi 10 décembre 2026

ÉGALITÉ FEMME-HOMME

La transparence salariale : quels impacts pour les DRH hospitaliers ?

Le « plancher collant », qui empêche les femmes de gagner plus... que les hommes, sera-t-il bientôt qu'un mauvais souvenir ? La transposition de la directive européenne sur la transparence salariale^[1] permettra bientôt d'identifier les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes^[2] pour mieux les réduire. La directive européenne de 2023 a prévu une transposition avant le 7 juin 2026 dans les entreprises privées et dans la fonction publique. Depuis mars 2026, deux projets de loi - un pour le secteur privé et un pour le secteur public - sont soumis à concertation et les partenaires sociaux ont été saisis. Les deux textes introduisent de nouvelles obligations pour les employeurs : des modalités de calcul et de publication des écarts de rémunération, des droits renforcés pour les candidats et les agents publics et des pénalités financières en cas de non-respect des obligations. La concertation étant en cours, une promulgation de la loi avant juin 2026 est possible, toutefois une entrée en vigueur début 2027 apparaît plus probable. L'ambition de la mesure est de faire respecter le principe d'un même salaire pour un travail de même valeur afin de renforcer l'égalité salariale entre les femmes et les hommes en entreprise comme dans la fonction publique.^[3]

Marie-Gabrielle VAISSIÈRE

DRH de HAD - APHP

Les établissements concernés

Les employeurs de plus de 150 agents devront fournir, un an après la promulgation, les premiers indicateurs calculés en 2028 sur les données 2026-2027. Pour les employeurs entre 50 et 150 agents, ce sera au 1^{er} juin 2030.

Tous les employeurs devront mettre en place des mesures immédiates : les dispositions sur le recrutement entrent en vigueur dès le lendemain de la promulgation de la loi.

Pour les établissements de la FPH, ce sont les ARS qui seront chargées des contrôles et d'appliquer les pénalités.

Les mesures lors du recrutement (article 5 de la directive)

Le projet de loi vise à garantir l'équité dès l'entrée dans la fonction publique :

- Offres d'emploi non sexistes : Les offres et dénominations de postes devront être rédigées de manière non sexiste ou sans considération du sexe ;
- Information sur la rémunération : Les employeurs doivent informer les candidats de la rémunération initiale ou de la fourchette prévue, soit dans l'avis de vacance de poste, soit durant la procédure de recrutement ;

[1] Directive 2023/970 du 10 mai 2023

[2] De l'ordre de 15 % dans le secteur privé et de l'ordre de 4 % dans la fonction publique. 6.6 % en 2024 tous secteurs confondus, selon l'OCDE.

[3] Pour aller plus loin : *Construire l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la FPH*, Sophie Barre et MG Vaissière-Bonnet, éditions LEH, novembre 2025.

- Interdiction de l'historique salarial : Il est interdit à l'employeur de demander à un candidat des informations sur sa rémunération actuelle ou passée, pour éviter de perpétuer des inégalités antérieures ou importer les inégalités du secteur privé dans les établissements de santé.

Les nouvelles obligations de calcul et de publication des indicateurs (articles 6 et 9)

Par rémunération, la directive entend « *le salaire ou traitement ordinaire de base ou minimal et tout autre avantage, payé directement ou indirectement, en espèces ou en nature (composantes variables ou complémentaires), par un employeur à un travailleur en raison de l'emploi de ce dernier* ».

Les employeurs publics devront mesurer et publier les écarts de rémunération pour les établissements d'au moins 50 agents.

Les indicateurs à publier

- Écart de rémunération femmes/hommes
- Écart de rémunération femmes/hommes au niveau des composantes variables ou complémentaires
- Écart de rémunération médian femmes/hommes
- Écart de rémunération médian femmes/hommes au niveau des composantes variables ou complémentaires
- Proportion femmes/hommes bénéficiant de composantes variables ou complémentaires
- Proportion femmes/hommes dans chaque quartile
- Écart de rémunération femmes/hommes par catégories de travailleurs, ventilé par salaire ou traitement ordinaire de base et par composantes variables ou complémentaires

Périodicité de publication :

- Annuelle pour les employeurs de plus de 250 agents ;
- Annuelle pour les employeurs entre 100 et 250 agents, sauf pour l'indicateur d'écart par catégorie (travail de valeur égale) qui est calculé tous les trois ans.

Les résultats doivent être publiés sur le site internet de l'employeur et présentés au CSE.

L'indicateur dit « catégoriel » (le 7^e indicateur) portant sur les écarts par catégorie d'agents accomplissant un travail de valeur égale ne sera pas publié sur internet (pour éviter d'identifier des agents), mais mis à la disposition des agents et communiqué aux syndicats de l'établissement.

Il est probable que l'index égalité^[4] actuel évoluera pour tenir compte des dispositions européennes. Il devra notamment tenir compte des écarts de rémunération concernant les composantes variables ou complémentaires, or aujourd'hui, il ne tient compte que de la rémunération globale.

De nouveaux droits individuels pour les agents publics (article 7)

- Droit à l'information : Tout agent peut demander par écrit son niveau de rémunération individuel ainsi que les niveaux moyens de rémunération, ventilés par sexe, pour les agents effectuant un même travail ou un travail de valeur égale. Les informations doivent être communiquées, par exemple, dans une offre d'emploi publiée, avant l'entretien d'embauche ou d'une autre manière, et elles doivent l'être dans un format accessible aux personnes en situation de handicap en tenant compte de leurs besoins particuliers.
- Liberté de parole : Toute clause ou disposition interdisant à un agent de divulguer sa rémunération est désormais réputée nulle (« non écrite »).
- Assistance : Les agents pourront être assistés de l'organisation syndicale de leur choix ou une association de lutte contre les discriminations pour exercer leurs recours.

[4] L'index égalité professionnelle a été instauré par la loi n° 2023-623 du 19 juillet 2023 visant à renforcer l'accès des femmes aux responsabilités dans la fonction publique et par le décret du 21 octobre 2024 relatif à la mesure et à la réduction des écarts de rémunération entre les femmes et les hommes dans la fonction publique hospitalière et le décret du 21 octobre 2024 fixant les modalités de calcul des indicateurs. Cet index permet de mesurer les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes à travers 4 ou 5 indicateurs sous la forme d'une note sur 100. Les établissements dont la note est inférieure à 75 points sont tenus de fixer et publier leurs objectifs de progression de chacun de ces indicateurs. Lorsque cette cible n'est pas atteinte pour la 4^{ème} année consécutive, des pénalités financières sont prévues (entre 0,1 % et 1 % du montant de la rémunération brute annuelle globale de l'ensemble des agents).

L'impact sur le dialogue social

Si des écarts injustifiés sont constatés :

- Justification de l'écart : L'employeur doit justifier auprès des agents ou des syndicats que les écarts reposent sur des critères objectifs et non sur le sexe
- Évaluation conjointe : Si l'écart dépasse un certain seuil (fixé par décret, envisagé à 5 %), l'employeur doit procéder à une évaluation conjointe des rémunérations avec les organisations syndicales. Un écart peut en effet être justifié et expliqué. Ce sont les écarts inexpliqués qui sont problématiques.
- Négociation obligatoire : À l'issue de l'évaluation, l'employeur doit proposer une négociation pour définir des mesures de correction. À défaut d'accord sous 12 mois, l'employeur doit arrêter ces mesures par décision unilatérale pour ne pas retarder le rattrapage.

Les sanctions

Afin d'assurer l'effectivité de la réforme, un système de sanctions est prévu avec des pénalités financières :

- Jusqu'à 1 % de la masse salariale brute en cas de non-respect des obligations de calcul, publication, ou remédiation. Ce montant peut être porté à 2 % en cas de récidive sous 5 ans.
- Des amendes forfaitaires (jusqu'à 450 €) pour les manquements « mineurs » liés à l'information des candidats ou des agents publics en poste.

Un recours administratif préalable auprès de l'employeur est instauré avant de pouvoir saisir les ARS, autorités de sanction pour les établissements de la FPH.

La réponse aux agents publics

Il y a de fortes attentes des salariés. En effet, on n'aime pas ce qui est opaque, et des suspicions vont naître si on n'est pas capable d'expliquer les écarts. En outre, on assiste à une exigence de justification de toute mesure salariale, notamment sur les primes et les éléments variables. Or l'individualisation des carrières et des versements d'indemnités a été forte ces dernières années, notamment pour fidéliser des profils rares.

Si un agent public formule une demande pour connaître la moyenne des rémunérations versées par l'établissement pour un poste équivalent au sein, la DRH devra lui répondre dans les deux mois.

Les DRH vont devoir tenir compte de ces exigences tout en respectant la nécessaire confidentialité et de discrétion sur ces données sensibles. Et la charge de la preuve pèsera bien sur l'employeur en cas d'interrogation. En cas de litige, c'est bien à l'employeur de prouver l'absence de discrimination si un agent présente des faits suggérant une inégalité. Les DRH vont devoir documenter et justifier chaque décision d'attribution d'un élément salarial selon des critères objectifs.

Un chantier RH : le traitement des datas

Cette nouvelle exigence va nous obliger à être plus objectifs (et transparents) sur les facteurs de rémunération que sont les compétences, les diplômes, l'ancienneté, les responsabilités, mais aussi à terme sur la pénibilité et les conditions de travail, la performance...

En pratique :

- Revoir les pratiques de recrutement (interdiction de demander le salaire précédent...) et éliminer tous les biais de négociation à l'embauche ;
- Améliorer le recueil des datas dans le SIRH : améliorer la qualité des données RH et leur historique (avancement/promotion à historiciser) et structurer les reportings, avec pédagogie ;
- Adapter la culture hospitalière : comment devenir à l'aise lorsque l'on parle de rémunération ? Quelle sera la nouvelle posture à adopter ? Quelle est notre politique locale de rémunération, répond-elle à la stratégie de l'établissement, est-elle alignée aux politiques RH ? est-elle en phase avec les LDG (lignes directrices de gestion) ?
- Accompagner les managers : les managers de proximité se retrouvent en première ligne pour expliquer et justifier les salaires. Les DRH vont devoir les outiller pour que la transparence devienne un levier de confiance et non de conflit.
- Améliorer notre communication : comment vulgariser et rendre accessibles des questions complexes et sensibles ?

En conclusion, il s'agit finalement d'appliquer le principe : « À travail égal, salaire égal ».

Jurisprudence

Pauline de FAÿ

Avocat au Barreau de Paris

Cabinet Bardon & de Faÿ

LOGEMENT

Incompatibilité de la localisation du logement avec les gardes de direction

Ne peut pas revendiquer le bénéfice de l'indemnité compensatrice de logement le directeur dont la localisation du domicile est incompatible avec les exigences de disponibilité immédiate pour les gardes, compte tenu de la distance et du temps de trajet vers le centre hospitalier.

CE, 5-6 chr, 6 février 2026, n°489964, Lebon T.

Les fonctionnaires occupant les emplois des corps et des statuts fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins bénéficient de concessions de logement par nécessité absolue de service, ce en application de l'article L. 721-4 du code général de la fonction publique et du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010.

Ces concessions sont attribuées en contrepartie de la participation de ces personnels aux gardes de direction et des sujétions de responsabilité permanente et de continuité du service public qui leur sont dévolues.

Ces personnels doivent être logés par priorité dans le patrimoine de l'établissement. À défaut, lorsque ce patrimoine ne permet pas d'assurer leur logement, ils bénéficient alors, au choix de l'établissement dont ils relèvent, soit de la mise à disposition d'un logement locatif dont la localisation est compatible avec la mise en œuvre de gardes de direction, soit d'une indemnité compensatrice mensuelle (art. 3 du décret précité).

S'il est certain que le logement mis par l'établissement à disposition des personnels de direction et des directeurs des soins doit impérativement avoir une localisation compatible avec la mise en œuvre des gardes, restait la question de savoir si l'indemnité compensatrice mensuelle était due même si la localisation du logement choisi par l'agent n'était pas compatible.

En effet, l'article 3 du décret précité est muet sur ce point.

Dans une décision rendue en chambres réunies et publiée au Lebon, le Conseil d'État vient de trancher par la négative.

Dans cette affaire, une directrice de soin demandait la condamnation du centre hospitalier à lui verser environ 120 000 euros au titre de l'indemnité compensatrice de logement pour une période couvrant cinq années. Alors que le Tribunal administratif de Nice avait reconnu son droit au versement de l'indemnité « dès lors qu'elle ne bénéficiait d'aucun logement mis à sa disposition par son employeur », la Cour administrative d'appel de Marseille a annulé le jugement (CAA Marseille, 6 oct. 2023, n° 22MA01005).

La Cour retient que « *l'intéressée, domiciliée à Saint-Raphaël, réside à une distance d'environ 50 kilomètres du centre hospitalier, qui correspond en pratique et en moyenne, à un temps de trajet allant de 45 minutes à 1 heure 15 selon la route empruntée. Dans ces conditions, la localisation du domicile de*

la requérante doit, en tout état de cause, être regardée comme étant manifestement incompatible avec l'accomplissement de gardes de direction, lesquelles peuvent revêtir un caractère d'urgence et nécessitent ponctuellement, au-delà d'une simple disponibilité téléphonique, une disponibilité immédiate voire une présence permanente au sein de l'établissement ».

Et la Cour ajoute que la double circonstance que le centre hospitalier n'aurait pas proposé à la directrice de ne plus effectuer de gardes de direction et qu'elle était bien inscrite sur le tableau des gardes du personnel de direction est « *en tout état de cause sans incidence sur son droit à percevoir l'indemnité litigieuse dont les conditions d'attribution sont fixées par les dispositions du décret du 8 janvier 2010* ».

Le Conseil d'État rejette le pourvoi et valide donc le raisonnement de la Cour.

Dans un considérant de principe, il souligne qu'« *il résulte des termes mêmes de l'article 3 du décret du 8 janvier 2010 cité ci-dessus que l'indemnité compensatrice de logement, dont l'objectif est de compenser forfaitairement les charges liées aux fonctions exercées, à leurs conditions d'exercice et à leurs contraintes, est soumise à la condition que le bénéficiaire occupe un logement compatible, par sa localisation, avec la mise en œuvre des gardes qui lui incombent, lesquelles exigent, lorsque cet agent relève des corps et des statuts fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins, sa disponibilité immédiate* ». Et il précise que « *cette condition de compatibilité s'apprécie objectivement, au vu de la distance et du temps de trajet qui séparent le logement et l'établissement de santé* ».

Pour apprécier le droit des personnels de direction et des directeurs des soins à bénéficier de l'indemnité compensatrice de logement, la seule et unique condition est donc que le logement rende possible, par sa localisation, une disponibilité immédiate en présentiel et que cette condition de compatibilité s'apprécie au regard de la distance et du temps de trajet entre le domicile et l'établissement de santé.

Et le Conseil d'État considère exempte de dénaturation l'appréciation de la Cour sur l'incompatibilité d'un logement situé à 50 km et à un temps de trajet entre 45 minutes et 1 heure 15 minutes.

Ajoutons encore que devant la haute juridiction, la directrice des soins avait développé un nouvel argument, tiré de ce qu'elle avait réalisé sans incident les gardes de direction qui lui incombent. Argument balayé par le Conseil d'État : elle ne pouvait néanmoins pas prétendre au bénéfice de l'indemnité compensatrice de logement.

CONGÉ

Interruption du traitement de l'agent qui exerce une activité privée lucrative pendant son CLM ou CLD

L'agent en congé de longue maladie ou de longue durée qui exerce une activité privée lucrative non médicalement ordonnée s'expose à l'interruption de son traitement, même s'il n'a dans les faits perçu aucune rémunération.

CAA Nantes, 6 février 2026, n°25NT00288

Conformément aux dispositions de l'article 27 du décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière, le fonctionnaire en congé de longue maladie ou de longue durée doit cesser tout travail rémunéré, sauf dans deux hypothèses : pour les activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation et pour la production des œuvres de l'esprit au sens de l'article L. 123-2 du code général de la fonction publique.

En cas de non-respect de cette obligation, l'autorité investie du pouvoir de nomination procède à l'interruption du versement de la rémunération et prend les mesures nécessaires pour faire reverser les sommes indûment perçues par l'intéressé au titre du traitement et des accessoires. Et la rémunération n'est rétablie qu'à compter du jour où l'intéressé a cessé toute activité rémunérée non autorisée.

Cette règle s'applique avec rigueur, comme l'illustre l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Nantes.

Pour annuler la décision du directeur du centre hospitalier de suspendre la rémunération d'un infirmier placé en congé de longue durée, le tribunal administratif de Rennes a jugé qu'il n'était pas établi que l'activité de mandataire immobilier qu'il avait mise en place et exercée lui aurait procuré des revenus et donc qu'il aurait exercé un travail rémunéré au sens de l'article 27.

Mais la Cour annule ce jugement, en considérant que « *la circonstance qu'une activité privée lucrative n'ait pas permis de percevoir effectivement une rémunération n'est pas de nature à faire obstacle à ce que l'administration tire les conséquences de la nature d'une telle activité si elle a été exercée par l'agent sans y avoir été autorisé* ».

Elle constate que l'agent avait créé une micro-entreprise individuelle en tant que mandataire immobilier au sein d'un réseau, qu'il avait publié sur le site internet du réseau plusieurs annonces de vente de biens immobiliers, ce qui témoignait d'une activité de mandataire immobilier.

Et si l'agent se prévalait de ce que qu'il n'aurait réalisé aucune transaction immobilière et perçu aucun revenu au titre de cette activité, et qu'il avait cessé immédiatement après ses échanges de courriels avec son employeur, « *de telles circonstances n'apparaissent pas de nature à faire échec à la règle susmentionnée dès lors que son activité a été exercée en vue d'obtenir une rémunération et qu'elle n'avait pas été autorisée médicalement au titre de la réadaptation* ».

Ainsi, la rémunération de l'agent exerçant une activité lucrative pendant son congé de longue durée ou de longue maladie doit être suspendue, même s'il n'a perçu aucun revenu, du moment que l'activité était bien exercée en vue d'obtenir une rémunération.

Rappelons que pour déterminer si un agent en congé de longue durée ou de longue maladie exerce irrégulièrement une activité rémunérée, l'administration a la possibilité de faire procéder à une enquête et exercer les contrôles appropriés.

SUSPENSION

Compétence du directeur d'un centre hospitalier pour suspendre le droit d'exercer d'un médecin en cas de circonstances exceptionnelles

La notion de circonstances exceptionnelle permettant à un directeur de centre hospitalier de suspendre le droit d'exercer d'un médecin est entendue très strictement.

CAA Versailles, formation à deux chambres, 17 février 2026, n°23VE00235

S'agissant des professions médicales, l'article L.4113-14 du code de la santé publique prévoit qu'en cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme expose ses patients à un danger grave, le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois.

Par ailleurs, aux termes de l'article R.6152-77 du code de la santé publique, le praticien qui fait l'objet d'une procédure disciplinaire peut être immédiatement suspendu, dans l'intérêt du service, par le directeur général du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (ci-après CNG).

Aucune disposition ne prévoit en revanche la possibilité pour le directeur d'un établissement hospitalier de prononcer la suspension d'un praticien hospitalier.

Néanmoins, dès lors que, conformément à l'article L.6143-7 du code de la santé publique, le directeur d'un centre hospitalier exerce son autorité sur l'ensemble du personnel de son établissement, la jurisprudence admet qu'il puisse légalement, à certaines conditions, décider de suspendre les activités cliniques et thérapeutiques d'un praticien hospitalier au sein du centre qu'il dirige.

Mais les conditions sont strictes : comme le rappelle la Cour administrative d'appel de Versailles, il doit exister « *des circonstances exceptionnelles où sont mises en péril la continuité du service et la sécurité des patients* ».

Ces deux conditions sont cumulatives : le centre hospitalier devra démontrer qu'étaient mises en péril non seulement la continuité du service mais aussi la sécurité des patients.

Dans l'arrêt commenté, une patiente d'un centre d'accueil et de soins hospitaliers s'était plainte d'un anesthésiste qui avait eu durant toute la consultation des propos déplacés sur son apparence physique, avait, en manipulant son stéthoscope, passé sa main sur sa poitrine, en la glissant sous son soutien-gorge, puis, après lui avoir demandé de relever sa robe, avait touché le bas de son dos, sans la prévenir, et lui avait à plusieurs reprises caressé le bras.

La Cour administrative d'appel de Versailles retient que ces faits, « en dépit de leur caractère isolé, étaient, compte tenu de leur gravité, de nature à mettre en péril la sécurité des patientes accueillies au centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre ». Toutefois, le centre n'avait pu apporter aucun élément « *de nature à le faire regarder comme s'étant trouvé dans l'impossibilité de maintenir l'intéressé en fonctions, dans l'attente de la décision du directeur général du Centre national de gestion* ».

Autrement dit, parce que rien ne démontrait que le maintien en fonction de l'anesthésiste le temps que le directeur général du CNG prononce la suspension aurait mis en péril la continuité du service, le directeur du centre d'accueil et de soins hospitaliers n'était pas compétent pour prononcer la suspension.

Dans le même sens, le Conseil d'État a jugé que le directeur général du CHU de Bordeaux n'avait pas pu complètement suspendre un praticien à qui étaient reprochés des faits de harcèlement moral responsables d'une dégradation profonde du climat de travail, qui affectait la planification des activités universitaires et le déroulement des enseignements, car la poursuite de son activité hospitalière n'était « *pas de nature à caractériser une situation exceptionnelle mettant en péril, de manière imminente, la continuité du service de médecine légale où il exerçait ou la sécurité des patients* » (CE, 5^{ème} et 6^{ème} ch. réunies, 5 février 2020, n°422922).

En revanche, le Conseil d'État a admis que le directeur du CHU de Lille avait pu suspendre un praticien remplissant les fonctions de chef de service temporaire dont le comportement avait eu pour effet de provoquer le départ d'une proportion importante de personnels médicaux et non médicaux et de tarir le recrutement de leurs remplaçants, ce qui compromettait de manière grave et imminente la continuité du service et faisait courir des risques à la santé des patients (CE, 5^e et 4^e ss-sect. réunies, 1^{er} mars 2006, n° 279822, Lebon T).

Ce cas est cependant très particulier. En pratique, très rares seront les cas dans lesquels le directeur d'un centre hospitalier pourra légalement suspendre un praticien.

Et dans ces rares cas, la Cour administrative d'appel de Versailles rappelle que le directeur doit alors « *en référer immédiatement aux autorités compétentes pour prononcer la nomination du praticien concerné* ».

DISCIPLINE

Suffisance d'un unique témoignage pour prouver la matérialité de la faute commise par un agent

Cet arrêt illustre que, dans certaines circonstances, un unique témoignage peut être suffisant pour établir la matérialité de la faute commise par un agent.

CAA Versailles, 31 mars 2026, n°25VE02599

Les centres hospitaliers peuvent se trouver en difficulté pour établir la matérialité des fautes qu'ils reprochent à un agent, lorsque les faits fautifs n'ont été dénoncés que par une seule personne, parce que seule cette personne en a été témoin.

Dans ces cas, le dossier se résume à « parole contre parole », ce qui rend délicat l'engagement d'une procédure disciplinaire.

Pourtant, tout dépend des circonstances et l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Versailles illustre parfaitement que les faits reposant sur l'attestation d'un unique témoin direct peuvent être retenus comme établis.

Dans cette affaire, la sanction de la révocation était principalement motivée par des faits de maltraitance physique survenus lors de la prise en charge d'un résident. Le centre hospitalier produisait le témoignage, signé un mois après les faits, de l'aide-soignante les ayant déjà signalés auparavant. Cette agente, qui était seule présente, avec l'agent révoqué, dans la chambre du résident lors des soins en litige, avait rapporté précisément le coup reçu par sa collègue du résident et les coups donnés en retour au résident. Elle l'avait fait peu après les faits (en le signalant à la cadre de nuit, qui avait fait un rapport), puis encore dans les semaines suivantes (lors d'une enquête administrative).

Pour retenir la matérialité des faits, la Cour relève que le témoignage, recueilli au cours de l'enquête administrative par le centre hospitalier, « est précis sur le déroulement des faits rapportés et conforme au premier signalement de l'aide-soignante » ; que l'agent révoqué avait admis avoir été en colère lorsque le résident l'avait frappé « ce qui rend d'autant plus vraisemblables les déclarations constantes de l'aide-soignante » ; enfin, qu'aucune pièce du dossier ne démontrait que l'aide-soignante qui avait attesté aurait « manifesté une animosité particulière » à l'encontre de sa collègue.

En somme, même si l'administration ne peut s'appuyer que sur un témoin unique des faits qu'elle poursuit, la matérialité de ces faits peut être admise si l'agent témoigne rapidement de manière précise et circonstanciée, qu'il confirme ensuite son témoignage et que certaines circonstances rendent ce témoignage crédible.

Veille législative & réglementaire

Fabrice DION
Directeur d'hôpital

FORMATION

Note d'information n° DGOS/SDRHSS/DGCS/4A/2026/16 du 6 mars 2026 relative aux orientations retenues en 2026 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 57 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique

Cette note d'information vise à présenter les « axes de développement des compétences des personnels en soutien aux politiques sanitaires, sociales et médico-sociales portées au niveau national ». À ce titre, 27 axes de formation sont recensés, parmi lesquels 8 nouveaux thèmes et 19 existants ont été actualisés. L'ensemble est présenté dans des fiches annexes. L'instruction indique notamment que ces thématiques répondent aux besoins des établissements en matière de gestion et d'organisation, et visent à mieux les accompagner face aux contraintes, sanitaires et organisationnelles, qui s'exercent sur eux.

L'instruction précise également que parmi les 27 axes de compétences présentés, 5 sont identifiés au titre d'actions de formation nationale (AFN) dont les thèmes répondent aux enjeux de la politique publique nationale et soutiennent les plans nationaux de santé publique. Il s'agit des axes suivants, qui comportent leur fiche correspondante : protéger et promouvoir la santé des enfants face aux écrans ; stop à la stigmatisation des personnes présentant des troubles psychiques ; une action sur la prise en charge des addictions comprenant, favoriser les approches interdisciplinaires de la prise en charge des addictions et de leurs comorbidités et prévention et prise en charge des surdoses d'opioïdes ; formation action à destination des structures publiques d'Hospitalisation à domicile (HAD) ; santé des personnes migrantes.

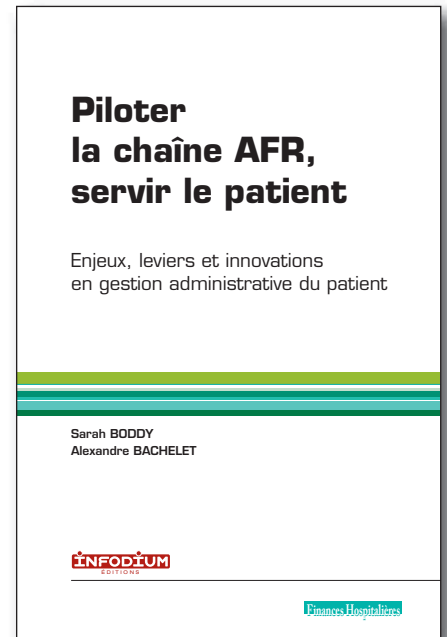
Au-delà, l'instruction présente trois nouveaux axes de compétences qui couvrent les domaines suivants : qualité des pratiques et des organisations, parcours de soins et de l'environnement.

Piloter la chaîne AFR, servir le patient

Par **Sarah BODDY**
et **Alexandre BACHELET**

Préface de **Camille DUMAS**

- Appréhender les enjeux stratégiques de la chaîne Accueil
- Facturation - Recouvrement
- Structurer et organiser la chaîne AFR
- Simplifier et moderniser le parcours administratif
des patients
- Sécuriser le financement hospitalier au titre des recettes d'activité



INFODIUM
ÉDITIONS
www.infodium.fr

BON DE COMMANDE

A 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



	QTé	HT	TTC
<input type="checkbox"/> OUI , Je commande le livre <i>Piloter la chaîne AFR, servir le patient</i> Par Sarah BODDY et Alexandre BACHELET - TVA : 5,5 % REF : E22 ISBN : 979-10-979851-0-3	71,09	75,00
A partir de 11 exemplaires	55,92	59,00
Participation forfaitaire aux frais de port 6 euros (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %
		Total	<input type="text"/>

Mme, Mlle, M.

Nom : Prénom :

Établissement :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Cachet / Signature

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal
à l'ordre d'**INFODIUM**.

Je recevrai une facture
justificative.

A réception de facture
(avec RIB)

Veille documentaire

Hélène de FAVERGES

Directrice d'Hôpital

Atlas 2026 de la démographie médicale

Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

L'Atlas 2026 de la démographie médicale, fondé sur les données ordinales arrêtées au 1er janvier 2026, dresse un état des lieux détaillé de la population médicale française et de ses évolutions structurelles. Le nombre total de médecins en activité poursuit une hausse modérée (+1,9 % sur un an), confirmant que la phase de diminution globale des effectifs est désormais arrêtée. Toutefois, cette progression reste insuffisante pour compenser pleinement la hausse des besoins de santé, liée au vieillissement de la population et à la complexification des prises en charge.

L'Atlas met en évidence la féminisation des effectifs, désormais majoritaire au sein de la profession médicale, avec des conséquences sur les trajectoires de carrière, les temps de travail et les formes d'exercice. Les questionnements sur la représentation des femmes médecins, leur accession aux responsabilités ou aux carrières hospitalo-universitaires ne cesse d'interroger. Parallèlement, l'activité salariée continue de progresser et s'impose comme un mode d'exercice central, traduisant une évolution des aspirations des nouvelles générations vers une meilleure conciliation entre vie professionnelle et personnelle, mais qui étouffe aussi certaines ambitions.

L'âge moyen des médecins connaît un léger rajeunissement, qui masque de fortes disparités territoriales. De nombreux départements restent marqués par une population médicale vieillissante, avec un recours croissant au cumul emploi-retraite, qui contribue à maintenir artificiellement l'offre de soins. Les médecins diplômés à l'étranger jouent également un rôle de plus en plus important dans la continuité des soins, notamment dans les territoires les plus fragiles.

L'Atlas confirme une répartition toujours très inégale des médecins entre zones attractives et territoires en difficulté, malgré certains signes de renouvellement localisé. Les déséquilibres concernent particulièrement plusieurs spécialités médicales et chirurgicales, analysées plus finement dans le tome 2, avec des densités très contrastées selon les départements.

Enfin, le CNOM souligne que la démographie médicale ne peut être assimilée mécaniquement à l'offre de soins réellement disponible. Les évolutions des modes d'exercice, la diversification des formes d'activité et la baisse relative de l'activité régulière imposent une lecture nuancée des effectifs, afin d'éclairer de manière objective le débat public et les politiques de santé à venir.

One health, une seule santé pour toutes et tous

Conseil économique, social et environnemental, 3/03/2026

Dans sa déclaration One Health / Une seule santé pour toutes et tous, le CESE défend une approche intégrée de la santé fondée sur l'interdépendance entre la santé humaine, animale, végétale et celle des écosystèmes. Tirant les enseignements des crises sanitaires récentes, en particulier la pandémie de Covid-19, il souligne que les menaces sanitaires contemporaines – maladies zoonotiques, résistances aux antimicrobiens, pollutions, dégradation de la biodiversité ou insécurité alimentaire – ne peuvent plus être appréhendées de manière sectorielle ou cloisonnée. Cette approche constitue un levier majeur de prévention, permettant d'anticiper les crises plutôt que d'en gérer les conséquences, en agissant en amont sur les déterminants environnementaux, sociaux et économiques de la santé. Elle vise ainsi à réduire les coûts humains, sociaux et financiers des crises sanitaires, tout en contribuant à la résilience des sociétés face aux chocs futurs.

Le CESE insiste sur la nécessité d'une gouvernance renforcée et transversale, mobilisant l'ensemble des politiques publiques – santé, agriculture, environnement, recherche, éducation, aménagement du territoire –

ainsi que les acteurs scientifiques, économiques, associatifs et les collectivités territoriales. Il plaide pour un décloisonnement effectif des institutions et pour le développement de coopérations interministérielles et intersectorielles durables.

La déclaration insiste sur le rôle central de la science et des données, en appelant au renforcement de la recherche transdisciplinaire, de la surveillance intégrée des risques et du partage des connaissances. Le CESE souligne l'importance de former les professionnels et de sensibiliser les citoyens afin d'adopter ce cadre commun de référence. Celui-ci pourrait s'exercer au niveau européen et international, et la France pourrait y jouer un rôle de pilote. L'ensemble est attirant, mais peut-être un peu incantatoire.

Quand la pratique médicale perpétue des stéréotypes hérités du racisme scientifique des XVIII^e et XIX^e siècles

The Conversation, 26 mars 2026

L'article montre comment des stéréotypes issus du racisme scientifique des XVIII^e et XIX^e siècles continuent d'influencer la pratique médicale contemporaine. À cette époque, des médecins et savants ont prétendu hiérarchiser les groupes humains sur des bases biologiques (QI, morphologie, résistance à la douleur), légitimant la supposée supériorité des personnes blanches. Bien que la notion de « race » ait été invalidée scientifiquement au XX^e siècle, ces idées persistent aujourd'hui, notamment via les réseaux sociaux et certains discours politiques.

Les autrices expliquent que ces héritages nourrissent des biais médicaux actuels, souvent inconscients, qui affectent la prise en charge des personnes racisées : minimisation de la douleur, retards ou refus de soins, prescriptions différentielles. L'exemple du « syndrome méditerranéen » illustre la transmission de croyances erronées sur une prétendue exagération de la souffrance. Ces biais produisent des effets concrets sur les trajectoires de santé et de vie, accroissant la mise en danger des corps racisés. L'article conclut que le racisme scientifique et médical est une composante toujours opérante du racisme structurel, dont la médecine, en tant qu'institution de pouvoir, demeure à la fois vectrice et lieu de reproduction.

● AGENDA

Santexpo

du 19 au 21 mai 2026

Retrouvez *Santé RH* sur le Stand Infodium (C16)

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 - Comité éditorial : Jérôme Lartigau, Luc Le Provost, Fabrice Dion Conception graphique et mise en page : 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 375,00 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.



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

P193

1 an, 11 numéros papier

+ 1 accès numérique

+ base documentaire sur

www.sante-rh.fr

au prix de 367,29 HT - **375 € 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

Raison sociale :

Nom : Prénom :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

E-mail (mail version numérique) :

Cachet/Date/Signature

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

Infodium - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du
1^{er} Janvier au 31 Décembre 2026.