

**A PROPOS DU « RAPPORT SUR LA SANTE DES PROFESSIONNELS DE SANTE » ...  
CONTRIBUTION D'ACTION PRATICIENS HOPITAL (APH)**

**Dr Anne Geffroy-Wernet, Dr Marie-José Cortès, Dr Yves Rébufat, Dr Jean-François Cibien  
et l'ensemble du bureau d'APH**

**24 janvier 2024**

Action Praticiens Hôpital, union de l'intersyndicale Avenir Hospitalier et de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux, a lu avec attention le « Rapport sur la santé des professionnels de santé ».

**Comme nous l'avions indiqué à vos services en avril 2023 et le 10 mai 2023 lors de notre entretien avec Madame la Ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé et sa directrice de cabinet, nous regrettons que les praticiens hospitaliers n'aient pas pu répondre à la « grande consultation des professionnels de santé » :**

- ni à l'enquête en ligne portée par votre ministère, faute d'une information suffisante sur cette enquête, faute surtout de pouvoir s'identifier en tant que praticien hospitalier dans le questionnaire ;
- ni dans le cadre des auditions que vous décrivez en début de rapport.

En effet, nous aurions pu vous répondre au titre d'Action Praticiens Hôpital, intersyndicale représentative majoritaire chez les praticiens hospitaliers titulaires et contractuels, ainsi qu'au titre de l'Observatoire de la Souffrance au Travail (OSAT) créée par APH et ses composantes, pour laquelle un moratoire a été décidé en 2021<sup>1</sup> faute de moyens humains et financiers. Pourtant, l'Ordre des Médecins d'une part, et certaines organisations syndicales de médecins libéraux, d'autre part, ont été auditionnés. *Nous notons également que les internes et les externes, avec qui nous travaillons quotidiennement, et dont la problématique de leur santé n'est plus à décrire, n'ont pas non plus été auditionnés.* Dans le même ordre d'idée, nous sommes, dans le rapport, exclus des « parties prenantes » de ce sujet... alors que nous sommes les acteurs de la protection des praticiens hospitaliers.

Toujours est-il que nous souscrivons peu ou prou à l'état des lieux qui est dressé, même si les **spécificités des praticiens hospitaliers (temps de travail, permanence des soins)** ne sont malheureusement pas prises en compte, alors qu'elles demandent des **solutions spécifiques et une prise en compte rapide.**

---

<sup>1</sup> <https://osat.aph-france.fr/>

## CONTRIBUTION APH

### I – ETAT DES LIEUX

**Le temps de travail des praticiens hospitaliers n’a pas pu être objectivé.** Les différentes enquêtes menées par APH et ses composantes objectivent un temps de travail de 60 à 70 heures hebdomadaires en moyenne, notamment dans les spécialités « à forte contrainte de permanence des soins ». Nous tenons à votre disposition ces enquêtes (enquête CONTRAMAR<sup>2</sup> – SNPHARE, urgentistes – SNPHARE-SUDF<sup>3</sup>, pénibilité<sup>4</sup> - SPH). Celles-ci mettent en évidence :

- l’absence de décompte sincère du temps de travail des praticiens hospitaliers ;
- l’absence de traçabilité du décompte de ce temps de travail par les directions hospitalières malgré le rappel du Conseil d’Etat du 22 juin 2022 sur les obligations réglementaires des établissements pour protéger leurs agents ;
- le recours très important aux heures supplémentaires, au-delà d’un seuil réglementaire de temps de travail qui est déjà élevé (48 heures théoriques), et souvent, bien que sur la base du volontariat, dans un contexte de contrainte externe ou d’auto-contrainte ; pour mémoire, ces heures supplémentaires décomptées au-delà des obligations de service (« temps de travail additionnel ») sont de plus rémunérées en dessous du salaire de base des praticiens sans ouvrir la moindre compensation pour leur retraite...
- le retentissement dans la vie quotidienne de la pénibilité de la permanence des soins – pénibilité qui n’est toujours pas reconnue, et qui a encore été totalement éludée dans la récente réforme des retraites.

Ces enquêtes sont déjà anciennes. La majoration régulière du taux de vacance statutaire nous laisse penser que ces volumes de temps de travail en journée et la nuit doivent être encadrés pour être revus à la baisse : non seulement dans le cadre de l’évolution sociétale du rapport au travail, mais aussi afin de protéger les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires d’un épuisement professionnel et personnel latent quand il n’est pas patent. Les résultats de ces enquêtes nous ont amené à faire des propositions et les faire valider par le terrain (enquêtes APH Nuits Blanches<sup>5,6</sup> et « To be or not to be PH »<sup>7</sup>).

---

<sup>2</sup> <https://snphare.fr/fr/blog/posts/enquete-contramar>

<sup>3</sup> <https://www.snphare.fr/assets/media/enquete-urgences-phare-86-7.pdf>

<sup>4</sup> <https://sphweb.fr/wp-content/uploads/2023/06/ENQUETESPHATTRACTIVITEPENIBILITEMAI2023.pdf>

<sup>5</sup> <https://aph-france.fr/premiers-resultats-de-l-enquete.html>

<sup>6</sup> <https://aph-france.fr/Nuits-Blanches.html>

<sup>7</sup> <https://aph-france.fr/To-be-or-not-to-be-praticien.html>

De même, le constat d'un équilibre défaillant entre vie professionnelle et vie personnelle a été montré à plusieurs reprises, y compris dans une enquête APH, dont nous avons remis les résultats<sup>8</sup> et des propositions<sup>9</sup> en 2019 à vos services.

## II – PROPOSITIONS

### AXE 1 : Intégrer le sujet de la santé des professionnels de santé comme une priorité de notre système de santé publique à tous les niveaux

Propositions 1.1 à 1.3 : L'Observatoire de la Souffrance au Travail (OSAT) répond à ces trois propositions. **APH demande à pouvoir reprendre l'activité de l'observatoire de la souffrance au travail.** Les différents travaux menés à ce titre avec l'ancienne directrice du CNG montraient bien l'importance pour les praticiens hospitaliers de pouvoir entrer directement en contact avec un pair hospitalier pour exposer ses problématiques et construire les solutions pour une sortie de crise bénéfique pour tous. Certes il existe d'autres possibilité de prise en charge mais ces organismes ignorent la spécificité des contraintes hospitalières et des schémas possibles pour résoudre le fond du problème en n'abordant que la gestion de la détresse psychologique de l'appelant.

### AXE 2 : Sensibiliser et former les professionnels de santé à veiller à leur propre santé

#### 1) Dans les cursus de formation initiale, continue et les parcours professionnels

- Le rapport propose de passer l'intégration à la formation médicale continue passe par le DPC. APH rappelle que le DPC ne fonctionne pas – notamment chez les professionnels de santé hospitalier – et qu'en revanche, le 4<sup>ème</sup> module de la certification périodique « Mieux prendre en compte [la] santé personnelle [des professionnels de santé] répond directement à cet axe. **APH propose que toutes les formations concernant la santé personnelle des professionnels de santé (d'origine institutionnelle, syndicale ou via des organismes privés) soient intégrées automatiquement à ce module 4 de la certification périodique de l'ensemble des spécialités des professions médicales, pharmaceutiques et odontologiques.** (Ce point fait également référence aux points 2.3 et 3.1).
- La création d'un DU ou d'un DIU de « santé des professionnels de santé » ne doit pas être un palliatif à la spécialité médicale de santé au travail même si Action Praticiens Hôpital salue la démarche universitaire en cours. APH propose que les praticiens ayant

<sup>8</sup> [http://www.avenir-hospitalier.fr/images/Resume\\_Enquete\\_APH-JM\\_Vie\\_Privee\\_Vie\\_Professionnelle.pdf](http://www.avenir-hospitalier.fr/images/Resume_Enquete_APH-JM_Vie_Privee_Vie_Professionnelle.pdf)

<sup>9</sup> <https://snphare.fr/fr/blog/posts/suite-a-lenquete--equilibres-vie-privee---vie-professionnelle-a-lhopital-public--des-mesures-urgentes-simposent-pour-ameliorer-la-vie-professionnelle-a-lhopital--mme-buzin-et-mme-courreges-ec>

validé ce diplôme soient les référents de la commission de vie hospitalière des CME et travaillent en collaboration avec le médecin du travail et ses équipes dans l'établissement ou le GHT.

- **APH exige que l'exercice de la santé au travail soit sanctuarisé, en restant une discipline médicale, et indépendante de l'employeur** (absence de contractualisation entre le médecin de santé au travail d'un établissement de santé et le médecin du travail). Une réflexion institutionnelle doit être menée avec le CNG, la DGOS et les ARS, pour que les médecins du travail obtiennent un statut de praticien et soient sous la responsabilité directe de l'ARS voire du CNG. Il est évident que l'ANMTEPH, association qui regroupe les médecins du travail hospitaliers, soit partie prenante dans le groupe qui pilotera cette mise en œuvre.
  - **APH exige qu'un médecin de santé au travail soit présent dans chaque établissement de santé MCO / psy, accessible directement** par le professionnel de santé.
  - **APH fait remarquer qu'il est indispensable que les équipes de médecine du travail autour d'un praticien hospitalier titulaire diplômé soient dimensionnées vis à vis du besoin.** Un ratio médecin du travail et équipe pluriprofessionnelle est donc à déterminer vis à vis des besoins de santé au travail d'un établissement de santé ou d'un GHT.
- **Pour l'adaptation aux parcours professionnels**, seraient intégrés : les ordres et le CSFPH. APH note l'absence d'intégration des représentations syndicales des médecins hospitaliers et de ville, alors que le sujet de la pénibilité et l'usure professionnelle sont un sujet, notamment dans le cadre du travail de nuit des hospitaliers et les durées d'activité qui peuvent dépasser 24 heures d'affilée ; d'ailleurs, APH précise par ailleurs qu'il existe une commission (formation spécialisée) ad hoc au Conseil Supérieur des Professions Médicales, odontologiques et pharmaceutiques (CSPM), qui ne s'est jamais réunie durant cette mandature (2019-2024) et qu'il conviendrait de l'activer pour qu'elle puisse remplir ses missions de conseils et d'orientation. La présence d'un représentant de l'ANMTEPH dans cette commission en tant que personne qualifiée avec un de nos collègues HU Professeur en médecine du travail semble pour APH un prérequis incontournable.
- **APH demande l'ouverture du chantier de la pénibilité pour les praticiens hospitaliers**
  - **APH demande que ce chantier soit traité par la commission ad hoc du CSPM**

### AXE 3 : Prévenir les risques professionnels, en repensant l'organisation de l'offre de médecine de santé au travail et en sensibilisant l'écosystème

#### 1) Mettre en place des indicateurs sur la santé des professionnels de santé dans l'ensemble des certifications

##### - Certification des établissements

- **APH insiste** sur la nécessité de **sensibiliser et former les certificateurs** sur la santé des professionnels de santé
- **APH demande des indicateurs** sur le travail des **services de santé au travail**
- **APH demande que le DUERPI soit un élément bloquant de la certification** s'il n'est pas réalisé, incomplet ou réalisé sans les professionnels de santé
- **Le « professionnel traceur »** : APH s'interroge sur la pertinence de ce critère, dont la définition paraît très floue et ne semble pas permettre d'évaluer les risques psycho-sociaux à l'échelle de chaque professionnel
- **Certification périodique des professionnels** : le module 4 est en grande partie réalisé par les organisations syndicales :
  - **APH demande une subvention nationale pour la réalisation de ces formations** dont les frais reviennent actuellement uniquement aux praticiens et/ou aux syndicats
  - **APH demande que les formations réalisées par les organisations syndicales agréées, au sein du « congé de formation syndicale », soient intégralement prises en charges (déplacement + coût de la formation) par l'établissement du praticien (via l'ANFH ou organismes équivalents ou sur le budget propre de l'établissement alloué à la formation), comme les formations à contenu scientifique**

#### 2) Repenser l'organisation et l'offre de médecine de santé au travail

- **Médecin de santé au travail** : nous comprenons que le médecin du travail ne serait plus nommé sur un établissement mais sur un territoire. Il s'agit probablement d'une solution temporaire à la pénurie, mais qui éloigne le médecin du terrain (l'établissement) et de fait, limite sa compréhension et probablement son champ d'action sur l'établissement. L'analyse des risques sur l'ensemble des postes de travail inhérente aux missions de prévention du médecin du travail impose une logique de proximité couplée à une nécessité d'échelle réaliste pour que ce dernier puisse réaliser convenablement son travail.
- Les IPA et/ou des IDE ne peuvent pas se substituer au médecin du travail. Il paraît en outre délicat qu'un médecin soit pris en charge par un non-médecin pour un problème médical...

- La solution à la pénurie de médecin en santé en travail ne peut pas être la dilution de l'activité du médecin de travail ou la délégation de tâche, mais elle doit passer par le renforcement de l'attractivité de cette spécialité. **APH demande qu'une réflexion soit menée, conjointement avec les représentants des médecins de santé au travail et les organisations syndicales, sur l'attractivité de cette spécialité.**
- Le statut des médecins de santé au travail dans les établissements publics de santé est parfois un statut de contractuel, créant un rapport hiérarchique entre le directeur d'établissement et le praticien. Afin de maintenir l'autonomie et l'indépendance professionnelle du médecin de santé au travail, **APH demande que les médecins de santé au travail soient recrutés sur des postes de praticiens hospitaliers titulaires, après réussite au concours de PH. APH rappelle que les praticiens de cette discipline doivent avoir le statut de praticien hospitalier avec un employeur distinct du directeur de l'établissement de santé ou du GHT dans lequel ils travaillent.**
- **APH suggère que la médecine du travail, en situation de pénurie, soit intégrée aux spécialités en tension pour permettre immédiatement l'attribution de la PECH comme nous le demandions depuis 5 ans.**
- Des passerelles type 2<sup>ème</sup> DES permettent au praticien de changer de spécialité en milieu / fin de carrière ; nombre de ces médecins optent vers des spécialités de santé publique ou de médecine du travail. **APH demande que la promotion de ces dispositifs mal connus des praticiens soit assurée.**
- **APH propose la territorialisation de la santé au travail à l'échelle du GHT** qui permettrait de pallier la pénurie tout en permettant au médecin du travail de connaître l'environnement du professionnel de santé
- **Visites obligatoires** : les praticiens hospitaliers n'ont actuellement aucune visite médicale obligatoire, les visites à l'embauche ou après congé maladie sont exceptionnellement effectuées, sauf demande du praticien.
  - **APH demande l'effectivité de ces visites**
  - **APH suggère une augmentation du rythme de visites (annuel pour l'ensemble des praticiens soumis à la permanence des soins, et adapté à l'âge, à l'instar de ce qui se passe dans l'aéronautique**
- **Anonymisation des données dans le système d'information des établissements**
  - **APH approuve sans réserve cette mesure**

#### **AXE 4 : Organiser pour tous les professionnels de santé un accès et une offre de prévention et de soins.**

- 1) Promouvoir les programmes de prévention, de promotion de la santé et de soins auprès des professionnels de santé

**APH demande expressément à être associé à ces travaux** qui semblent aller dans le bon sens

- 2) Développer la prévention, la promotion de la santé et de soins des femmes professionnelles de santé et étudiantes en santé

**APH demande expressément à être associé à ces travaux également.**

- **Grossesse et parentalité :**
  - o **APH demande l'arrêt des gardes et astreintes nocturnes dès le diagnostic de grossesse posé ;**
  - o **APH demande la facilitation des gardes d'enfants, notamment via l'ouverture H24 des crèches week-end et jours fériés inclus pour les praticiens qui font des gardes de 24 h.**
- **Organisation des plannings :** l'équilibre vie professionnelle – vie privée concerne autant les mères que les pères.

#### **AXE 5 : Repenser et mieux utiliser l'architecture organisationnelle et financière d'accès à la prévention et aux soins pour nos professionnels de santé**

- 1) Assurer un accès facilité à la prévention en santé et à la gestion des maladies professionnelles pour tous les professionnels de santé
  - **L'Observatoire de la Souffrance Au Travail (OSAT)** est une plate-forme créée par l'intersyndicale Avenir Hospitalier puis reprise par Action Praticiens Hôpital. Cette plate-forme, entretenue par des praticiens hospitaliers « écoutants » préalablement formés qui bénévolement et sur leur temps personnel, a permis de prendre en charge de nombreux praticiens en situation de souffrance au travail, via l'écoute par les pairs, des conseils sur les conduites à tenir voire l'orientation vers des professionnels spécialisés. Compte tenu de la multiplication des sollicitations et de l'absence de bénévoles en nombre suffisant, un moratoire a été prononcé en décembre 2021. Pourtant, nos composantes syndicales continuent à recevoir très régulièrement des appels à l'aide de praticiens...
    - o **APH demande que du temps dédié (plusieurs ETP) soit octroyé à l'OSAT afin de permettre de recruter des « écoutants » et de valoriser cette activité.**

## 2) Agir sur la prévention de l'usure professionnelle spécifique pour les professionnels de santé

- **Fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle**, focale sur les horaires atypiques
  - **APH demande à ce que ce fonds d'investissement concerne les praticiens hospitaliers mais également l'ensemble des statuts du cursus en incluant les étudiants (HU, PH, titulaires et non titulaires, chefs de clinique, internes et externes)**
  - **APH demande à être associé aux travaux concernant la mise en œuvre de ce fonds d'investissement et soit partie prenante de sa gestion au sein de la comitologie qui sera mise en place (cf. supra : sujet de la pénibilité et de l'usure professionnelle qui n'a jamais été traité pour les praticiens hospitaliers)**

### APH demande l'ouverture d'un axe spécifique sur la santé mentale et la prévention des risques psychosociaux (épuisements professionnel, personnel et relationnel, burn-out) chez les professionnels de santé

- Cet axe devra rappeler qu'une grande cause de souffrance au travail est le fruit d'abus de gouvernance et de non-respect de la réglementation par les directions (notamment décompte du temps de travail)

### APH demande l'ouverture d'un axe spécifique sur le temps de travail des praticiens hospitaliers

Outre le souci du décompte du travail, il faut réfléchir aux rythmes anormaux imposés aux praticiens hospitaliers :

- Durée du travail hebdomadaire de 48 heures moyennées au quadrimestre + « opt-out » pour travailler au-delà de 48 heures uniquement si le praticien est volontaire, sans plafond hebdomadaire ;
- Durée du travail de 24 heures consécutives, élément anti-physiologique qui induit des conséquences à court, moyen et long terme sur la santé des praticiens ;
- Absence de prise du repos de sécurité post-astreinte, au vu et au su de l'administration ;
- Absence de repos hebdomadaire qui est trop souvent assimilé au repos de sécurité après 24 heures de garde ou d'astreinte - si le praticien a été mobilisé dans la nuit. Ce paradoxe est d'autant plus criant que moult praticiens travaillent au-delà de 48 heures hebdomadaire en enchaînant pour certains dans la même journée des périodes de jour

ACTION  
PRATICIENS  
HÔPITAL



et de nuit et n'ont parfois même pas de temps de repos nécessaire pour se ressourcer. APH rappelle également que le samedi matin qui est un jour de week-end pour tous rentre dans les obligations de service potentielles de tous les praticiens. APH propose que tous les praticiens qui travaillent plus de 48 heures hebdomadaire bénéficient de 2 jours consécutifs de repos hors repos de sécurité.

### **APH demande l'ouverture d'un axe spécifique sur la prise en compte de la pénibilité des gardes et des astreintes pour bonifier les retraites des praticiens hospitaliers**

Sur des modèles existants, le travail de nuit, de week-end comme le nombre de gardes ou d'astreintes, le TTA réalisées par le praticien sur sa carrière doivent pouvoir ouvrir des droits spécifiques en termes de bonification retraite. Un mécanisme compensateur soit sous la forme de bonification de trimestres de cotisation soit en majorant le taux de cotisation versé par l'employeur – en rappelant, qu'au 22 décembre 2023, l'heure de TTA au-delà de 48 heures est payée 33,76 euros bruts soit en dessous du salaire de base d'un praticien premier échelon. Les deux éléments cités pouvant être cumulatifs entre eux et avec un élément indirect avec une exonération fiscale sans désocialisation ni plafond pour la totalité des heures réalisées au-delà de 48 heures hebdomadaires.

**Action Praticiens Hôpital,  
organisation syndicale représentative des médecins, pharmaciens et  
odontologistes hospitaliers,  
demande à être partie prenante dans les concertations  
concernant la santé des professionnels de santé.**