

N° 20

Actu APH

La revue d'Action Praticiens Hôpital



OCTOBRE / 2025



**TERRITORIALITÉ, ATTRACTIVITÉ DES CARRIÈRES HOSPITALIÈRES
SANTÉ DES PRATICIENS
DOSSIER : APH VOUS DIT TOUT SUR LES ASTREINTES**



ÊTRE À VOS CÔTÉS POUR UNE PRATIQUE MÉDICALE PLUS SEREINE

Des solutions de prévention et d'assurance pour :

- vous accompagner dans la maîtrise globale de vos risques,
- mieux sécuriser la délivrance des soins et réduire le coût des risques.



En savoir plus
en scannant le QR Code

relyens.eu

in

Relyens Mutual Insurance

Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances
18 rue Edouard Rochet - 69372 Lyon cedex 08 - 779 860 881 RCS Lyon



Service Client

04 72 75 20 00

client.santesocial@relyens.eu



GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN

ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES



remercie pour leur soutien financier



Actu'APH
ISSN : 2678-3606
aph-france.fr

Photos
Adobe Stock
Canva Pro

Directrice de publication
Sophie DUBOS

Années
APHNU
APPA
GPM
MNH

Comité de rédaction
Jean-François CIBIEN
David GUENET
Stéphane HENRIETTE

PH Services
Relyens
Réseau Pro Santé

Editeur
Createek
contact@createek.fr

Impression
MagPrint

SOMMAIRE

L'édito 3

Les élections professionnelles 2024, un an déjà... 4

Santé, attractivité et territoires 8

Soutenir la psychiatrie publique, un enjeu majeur pour notre société 12

Astreintes, les coulisses d'un dossier sous haute surveillance pour APH 16

Facteurs humains en santé 26

Années 32



EDITO

Après un été mortifère pour l'ensemble des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires avec une qualité et sécurité des soins qui ne correspondent plus à ce que nous devons à la population, l'incidence de la mortalité des malades semble être à la hausse.

Les épisodes caniculaires sont une des causes de surmortalité mais le sous-effectif en personnel comme nos conditions d'exercice de plus en plus rivées sur l'activité, un oubliant parfois le service à rendre à nos concitoyens, doivent être analysées pour changer certains paradigmes politico-administratifs.

Au travers de ce numéro Actu'APH, nous vous proposons une analyse détaillée de certaines de nos actions. Pour commencer le bureau du SNPHARE, en analysant le retour sur les élections professionnelles de 2024 pour la spécialité d'anesthésie-réanimation exposait les attendus de l'époque dans notre quête collective d'une attractivité à retrouver. Nous vous présentons ensuite quelques retours sur notre séminaire annuel autour d'un thème central : « Santé, attractivité et territoires. »

L'année 2025 est l'année de la Santé Mentale : nous évoquons la place indispensable de la psychiatrie publique dans l'organisation des soins à proposer à tous les Français, combat que nous portons sans relâche avec nos collègues psychiatres et urgentistes pour répondre au mieux aux besoins de soins actuels de la population.

APH et l'ensemble de ses syndicats ont défendu la valorisation des astreintes pour les hospitaliers et nous vous détaillons les modalités de ce combat pour obtenir les mesures transitoires et surtout les conséquences détaillées des mesures effectives à compter du 1^{er} novembre 2025.

Dans les dossiers que nous suivons au quotidien, le décompte du travail de tous les praticiens avec une instruction de la DGOS en cours de finalisation, la certification, les violences sexistes et sexuelles et le dossier de la santé des professionnels de santé parmi tant d'autres... Nous avons choisi de donner la parole à un expert, le Dr Régis Fuzier qui aborde les « Facteurs humains en santé » pour partager nos analyses et nos attentes sur cette thématique.

Dans la période actuelle de plus en plus troublée, APH et l'ensemble de ses syndicats comme ses intersyndicales et nos alliés, travaillent sans relâche pour améliorer notre quotidien et celui des malades. Vous pouvez compter sur nous et nous comptons sur vos adhésions pour nous aider à défendre vos droits et porter nos valeurs pour retrouver une attractivité des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires des praticiens tous statuts confondus.

Jean-François Cibien

UN AN DÉJÀ...

Il y a un an, l'intersyndicale Action Praticiens Hôpital remportait les élections professionnelles. Issue de la fusion entre la Confédération des Praticiens des Hôpitaux et Avenir Hospitalier, APH rassemble aujourd'hui 14 syndicats qui portent la défense des praticiens hospitaliers.

Dans ce numéro, c'est le SNPHARE qui au travers de cet article réalisé à partir d'interviews des membres de son bureau au lendemain des résultats de 2024, revient sur cette victoire, forte mais sans excès de triomphalisme : car si tous les sièges de la spécialité Anesthésie-Réanimation ont été remportés pour le Conseil de Discipline et la Commission Statutaire Nationale, le faible taux de participation rappelle l'ampleur du travail à mener pour renforcer les liens avec nos collègues.

C'est aussi pour le SNPHARE, comme pour nos syndicats constitutifs, une invitation à poursuivre, ensemble, la dynamique de réseau et d'engagement collectif qui fait une des forces d'APH.



Quelle a été votre principale motivation pour vous engager dans ces élections professionnelles et représenter la spécialité d'anesthésie-réanimation au CNG ?

Mathieu Brière, vice-président du SNPHARE
" L'anesthésie réanimation (comme d'autres spécialités) est en grande difficulté dans de nombreux établissements. La pénurie de médecins, les conditions de travail dégradées, les conflits avec les médecins et/ou l'administration sont autant de raisons pour que les choses ne se passent pas bien. Il est indispensable dans ces situations complexes que des représentants de praticiens hospitaliers motivés et avec une connaissance du terrain siègent dans ces 2 instances que sont la Commission Statutaire Nationale et le Conseil de Discipline. Dans l'intérêt des praticiens convoqués, mais aussi dans celui des équipes des praticiens, des établissements et des patients ! "



Comment avez-vous construit une équipe si soudée qui a su remporter tous les sièges malgré la concurrence ? Quelles sont les valeurs qui vous ont guidées ?

Anne Wernet, présidente du SNPHARE

" La présence ultra-majoritaire du SNPHARE à la CSN et au CD sont historiques. Lors des précédentes élections, nous avions une liste commune et équilibrée avec le SMARNU,

avec qui nous avions des relations étroites puisqu'un représentant du SMARNU participait – et même très activement – aux réunions et à l'activité du SNPHARE. Le SMARNU a été dissous, et il ne reste, pour représenter les anesthésistes-réanimateurs hospitaliers de l'hôpital public, que deux syndicats, le SNPHARE, emblématique dans l'histoire du syndicalisme hospitalier (repos de sécurité post-garde etc.) et le SNJAR, syndicat mixte public-privé, qui s'est créé en 2016-2017 avec le soutien du SNPHARE dans le cadre de la réforme du 2^{ème} cycle et d'une menace pour la spécialité et l'enseignement des plus jeunes. Le SNJAR a également longtemps participé à nos conseils d'administrations, et nous avions proposé au SNJAR de venir sur la liste « Ensemble avec APH » et de partager nos listes pour la CSN et le CD, d'autant que nous avons mené des combats communs récemment. Leur choix a été autre, mais nous gardons la porte ouverte bien sûr. Le dernier syndicat en concurrence n'était pas un syndicat d'anesthésistes-réanimateurs et ne défend pas l'anesthésie-réanimation, on n'en dira pas davantage.

Pour revenir au SNPHARE, il y a un esprit de famille que l'on découvre très rapidement quand on rentre dans le conseil d'administration. Une famille, ce sont de personnalités différentes, des compétences différentes, des modalités d'exercice différents, des appétences différentes pour tel ou tel sujet... Ce sont aussi des discussions parfois très

enrichissant, et le respect de la démocratie et la recherche du consensus fait que notre équipe est très soudée et parle toujours de la même voix, de manière constante et pas « juste au moment des élections ». D'ailleurs, l'« équipe SNPHARE » s'est faite plutôt discrète en termes de communication électorale (en dehors de quelques messages spécifiques pour les anesthésistes-réanimateurs) pour laisser toute sa place à la grande équipe de la liste « Ensemble pour APH » à laquelle nous appartenons, et qui nous a permis d'arriver à un beau résultat collectif.

 **Quels sont vos objectifs prioritaires pour la CSN et le CD maintenant que vous occupez ces positions ? Comment envisagez-vous de travailler ensemble pour améliorer les conditions des praticiens hospitaliers ?**

Mathieu Brière, vice-président du SNPHARE
Concernant la CSN, les situations traitées ramènent souvent à des défauts d'accompagnements ou de suivis insuffisants, des praticiens laissés de côté qu'il aurait fallu conseiller, aider ou des responsables médicaux désœuvrés ou qui ne se sentent pas concernés...

Il est indispensable d'informer, de former les praticiens, les responsables médicaux et les administrations pour travailler ensemble sans laisser du monde au bord de la route au risque de voir la situation devenir ingérable.



Les représentants des praticiens qui siègent à la CSN sont là non seulement pour examiner les dossiers et rendre des avis mais aussi pour agir en amont auprès des praticiens et des instances pour éviter les situations difficiles.

Concernant le CD, les conditions de travail toujours plus dures, les journées toujours plus longues, l'activité toujours plus intense sont autant de facteurs de risque pour aboutir à un incident suffisamment grave pour justifier le recours au conseil de discipline.

Les représentants syndicaux doivent tout faire pour améliorer les conditions d'exercice et garantir un environnement de travail adapté. Par ailleurs, il est indispensable que les situations relevant du CD soient gérées de façon rapide et adaptée à tous les niveaux : les représentants des praticiens sont aussi là pour y veiller.

 **Au-delà de cette victoire électorale, quels sont les prochains engagements de votre équipe pour défendre les intérêts des anesthésistes-réanimateurs au sein d'APH ?**

Anne Wernet, présidente du SNPHARE

C'est le sujet des relations entre un syndicat de spécialité – même si le SNPHARE s'est élargi à toutes les spécialités et qu'une bonne partie de ses adhérents ne sont pas anesthésistes-réanimateurs – et son intersyndicale – en l'occurrence Avenir Hospitalier/APH.

Je crois que les syndicats doivent avoir leur vie propre (défense des adhérents dans des situations individuelles et collectives, réflexion sur la spécialité : son présent, son avenir) et ont pour mission de défendre leur spécialité. Au sein d'APH, le SNPHARE apporte toute la réflexion qui peut être utile « au plus grand nombre », mais n'attend pas qu'APH défende telle ou telle spécialité spécifiquement – sauf en cas de gros conflit où le soutien d'APH est alors primordial vis-à-vis des tutelles bien sûr. Le SNPHARE apporte aussi des moyens humains non négligeables à APH pour cette défense de l'ensemble des praticiens, anesthésistes-réanimateurs ou non : Yves Rébufat est délégué général d'APH et administrateur past-président du SNPHARE, je suis moi-même secrétaire générale d'APH et plusieurs autres secrétaires généraux du SNPHARE participent à la vie d'APH.

Un exemple concret : le sujet de la permanence des soins. Le SNPHARE, dès 2003, a défendu le principe « 24 heures = 5 demi-journées (Dj) » et « le travail de nuit nuit à la santé ». C'est grâce au SNPHARE ainsi qu'à Jean-François

Cibien, président d'APH et membre de SUdF que nous avons réussi à mettre ce sujet de la permanence des soins comme la priorité des priorités d'APH. Les autres intersyndicales ont été obligées d'emboîter le pas (en disant « qu'elles avaient toujours milité » pour telle ou telle mesure, ce qui est totalement faux), et les tutelles ont fini par craquer en mettant ce sujet à l'ordre du jour.

Même si tout n'est pas fait et que nous attendons encore beaucoup, la revalorisation des gardes a été enfin gravée dans le marbre et des travaux sur la permanence des soins sont en cours avec en particulier un sujet majeur qui est celui des astreintes¹. On pense à tort que les anesthésistes-réanimateurs font uniquement des gardes. C'est faux ! Ils participent beaucoup aux astreintes et sont donc très concernés par ce topic. Nous participerons donc aux prochaines discussions et avons bien l'intention de faire reconnaître l'ensemble de la sujétion liée aux astreintes et aux nouvelles formes d'exercice (télé-médecine en particulier). La jurisprudence sur la directive européenne qui commence à être conséquente devrait pouvoir nous y aider.

Autre exemple concret : les 4 ans d'ancienneté. Le SNPHARE a très tôt démarré une campagne d'information et de communication auprès de ses adhérents et au-delà, allant jusqu'à un mouvement de grève, et APH a suivi immédiatement cette démarche, nos actions sont synergiques. APH a obtenu que ce sujet ait été également mis à l'ordre du jour à la DGOS – il a fallu attendre le départ d'Olivier Véran et l'arrivée de François Braun – past-

¹ Le SNPHARE et APH ont mis une pression très forte sur la revalorisation des astreintes, qui est désormais actée.

" Autre exemple concret : les 4 ans d'ancienneté. (...) Mais APH a eu l'idée de la triple grille et cette idée intéressé fortement la DGOS : l'histoire n'est pas finie ! "

président de SUdF - au ministère - pour cela. Malheureusement les solutions proposées par la DGOS étaient insatisfaisantes et le chantier s'est arrêté en chemin. Mais APH a eu l'idée de la triple grille (cf. APH n°16) et cette idée intéressé fortement la DGOS : l'histoire n'est pas finie !



Triple grille APH



Actu/APH 16

Un dernier exemple parmi tant d'autres : la périnatalité. Au sein d'APH, nous avons le syndicat des gynécologues obstétriciens (SYNGOF), des pédiatres hospitaliers (SNPEH), des anesthésistes-réanimateurs hospitaliers (SNPHARE), des urgentistes (SUDF, et il faut ajouter l'AMUF qui participait à notre liste « Ensemble avec APH »). Régulièrement nous produisons des communications communes sur ces thématiques.

C'est donc bien sur les sujets qui nous sont communs, et pas spécifiquement sur l'anesthésie-réanimation, que nous travaillons au sein d'APH, les sujets spécifiques à l'anesthésie-réanimation hospitalière sont défendus directement par le SNPHARE avec les tutelles ou au sein de notre conseil national professionnel (CNP-ARMPO).





 **Quels conseils donneriez-vous aux jeunes médecins qui souhaitent s'impliquer dans la vie syndicale, notamment pour défendre leur spécialité au niveau national ?**

Renaud Chouquer, secrétaire général du SNPHARE

Je leur conseillerais de se rapprocher du délégué local ou régional le plus proche (tout est sur le [site du SNPHARE](#)) et de discuter avec lui des problèmes qu'ils rencontrent dans leur CH ou tout simplement dans l'exercice de leur spécialité. Évidemment, je les inciterais à venir aux journées thématiques du SNPHARE, à venir nous rencontrer aux différents congrès où nous sommes présents. L'investissement peut aussi commencer par une implication locale en COPS (commission de la permanence des soins), CVH (comité de vie hospitalière) et CME (commission médicale d'établissement). De notre côté, nous pouvons proposer une implication syndicale d'abord en douceur et plus si le collègue est motivé. Il y a un groupe de correspondants et de délégués qui couvrent le territoire et qu'on réunit pour évoquer les problèmes locaux mais surtout les sujets syndicaux notamment les projets en discussion avec le ministère. De cette façon, les jeunes voient qu'il y a une vie syndicale active, animée par des collègues qui connaissent le terrain et supervisée par les administrateurs nationaux.

Journée Thématique du SNPHARE
16 mai 2025

Mathieu Brière, vice-président du SNPHARE

Il est indispensable que nos jeunes confrères se sentent rapidement concernés par leur statut et leur exercice. Mais les textes de lois sont parfois opaques et complexes. Adhérer précocement à un syndicat (au SNPHARE bien évidemment !) permet d'avoir une culture syndicale mais surtout une culture réglementaire très utile pour éviter les problèmes, les déceptions ou être en mesure de réagir en cas de difficulté. Ensuite pour celles et ceux qui souhaitent s'investir d'avantage, c'est simple : contacter le SNPHARE, discuter avec les délégués et les membres du Conseil d'Administration afin d'avoir des informations plus précises sur les instances locales, régionales et nationales. On peut faire avancer les choses à tous les niveaux !

Entre les réseaux sociaux, les mails, le site internet, et les événements organisés, le SNPHARE et les informations qu'il diffuse sont facilement accessibles. Tous les internes, docteurs juniors et jeunes praticiens peuvent se renseigner et nous rejoindre.

Adhérer au SNPHARE c'est un premier pas pour la défense de notre statut et de notre pratique.

SANTÉ, ATTRACTIVITÉ ET TERRITOIRES



Dr Jean-François Cibien
Président d'Action Praticiens Hôpital

Ce séminaire à La Baule en abordant le sujet des territoires et l'attractivité a été un franc succès.

Nous avons pu réunir des représentants du Conseil national de l'Ordre avec le Président de la section exercice professionnel, le Dr René-Pierre Labarrière, des représentants des ARS avec M. Jérôme Jumel, Directeur Général de l'ARS Pays de Loire, comme des élus du territoire et en particulier Bernard Jomier, le sénateur qui a porté la Loi sur les ratios.

Etaient présents également, entre autres, nos collègues de l'AMUF avec Patrick Pelloux et Frédéric Pain et Maxime Morin pour le SYNCASS CFDT, et le Dr Philippe Fradin, représentant de la Conférence des PCME.

Avec l'ensemble des syndicats représentatifs d'"Ensemble avec APH", et nos invités, avec une cinquantaine de praticiens, nous avons pu travailler sur une stratégie commune pour trouver la place du praticien hospitalier ou hospitalo-universitaire titulaire, comme pour celles des contractuels au sein du territoire, avec des mesures d'attractivité nécessaires et conséquentes que nous attendons toujours.

Je ne rappellerais pas à tous mes collègues praticiens hospitaliers titulaires nommés avant octobre 2020 que nous avons perdu 4 ans d'ancienneté dans la manipulation du Ségur qui a certes permis de valoriser nos jeunes praticiens comme les plus anciens, ce qui était tout à faire légitime, mais qui a oublié 70 à 80 % des praticiens dont je fais partie.

Concernant votre question sur le pourquoi de ce séminaire, je dois vous apporter quelques précisions. Eu égard à mon engagement syndical, je dois vous signaler que j'ai quelques conflits d'intérêts, en particulier autour de la défense de l'hôpital public, de la défense de la qualité de la sécurité des soins comme de la défense de la qualité des conditions d'exercice et surtout

Séminaire APH La Baule Du 12 au 14 mars 2025

de la qualité de vie personnelle des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires titulaires et contractuels, des PADHUE, des docteurs juniors... Je continuerais également à porter sans modération les combats pour la transparence du juste décompte du temps de travail, des rémunérations des praticiens mais également la gestion de la permanence des soins.

Pour conclure, au sujet de ce séminaire : il est pour moi évident que la possibilité d'avoir un exercice territorial peut être synonyme d'attractivité pour nos carrières hospitalières dans des conditions qu'il nous faut définir. L'équité entre les praticiens comme la reconnaissance de leur engagement au service de nos concitoyens sur l'ensemble du territoire national, en particulier pour assurer la mission de permanence des soins, sont pour moi des priorités que les gouvernements oublient trop souvent.

D'un point de vue plus général, profitez des vôtres mais également de vous et pensez surtout à adhérer à un de nos 14 syndicats. Nous sommes là pour vous défendre, vous êtes là pour porter l'hôpital, mais nous sommes là aussi pour faire le lien entre vous, l'hôpital public, les usagers, nos collègues soignants et directeurs mais surtout avec nos élus des territoires et nationaux, les Ordres et également la Direction Générale de l'Offre de Soins comme le ministère ou les ministères ayant en charge la santé. Tant que nous aurons un ou une ministre...

Si vous deviez choisir un mot pour résumer cette journée de séminaire, quel serait-il ?



Dr Frédéric Pain
Délégué régional de l'AMUF

Alors pour résumer cette journée, je dirais convergences, convergences syndicales, un esprit d'union avec la volonté de porter le statut de praticien pour le conforter parce qu'un statut

de PH ou HU, c'est la pérennité du service public. Ce sont des gens attachés à leur métier, à l'hôpital, à la santé et c'est tourner le dos à l'ératisme d'un système de soin productivisme, au service des patients.

Quel est l'intérêt d'un tel séminaire ?



Dr Patrick Pelloux
Président de l'AMUF

Ces rencontres, c'est un enrichissement. D'abord, c'est très agréable, c'est super bien organisé, mais surtout, il y a plein d'échanges de terrain, de gens qui connaissent vraiment le travail de l'hôpital public, l'intérêt de la cause commune, la défense des valeurs communes qu'on partage à Avenir Hospitalier sur l'hôpital public, le service public, le statut de praticien hospitalier, la sécurité sociale.

Puis il y a quand même de belles personnalités qui sont venues pendant tout le séminaire, donc c'est très, très enrichissant.



Dr Raphaël Bérenger
Président du SNBH

L'intérêt de ce type de séminaire, c'est de pouvoir se retrouver tous ensemble. Nous, nous sommes des acteurs de terrain en exercice et cela nous permet d'échanger sur nos expériences de terrain, celles qui fonctionnent, celles qui fonctionnent moins bien et d'en tirer justement le fruit de toutes les réussites qui existent partout sur les différents territoires afin de bâtir ensemble l'hôpital de demain.

Ce type de séminaire nous permet également de pouvoir échanger de manière constructive avec les décideurs, avec ceux qui font les lois, et ça leur permet à eux également d'avoir des retours de terrain afin plus tard de repenser à nous quand ils écriront les différents textes qui s'opposeront à nous.

Quelques mots pour résumer ce séminaire ?



Dr Delphine Glachant
Vice-présidente de l'USP

Un mot pour résumer ces deux journées, je dirais la collégialité.

Nous réunir autour de notre profession, d'une vision commune de notre métier, de notre engagement pour l'hôpital public. Ça nous rapproche, ça réconforte dans des moments difficiles et ça donne envie de retourner dans son service, de retrouver ces mêmes liens avec les collègues praticiens, les équipes paramédicales qui sont déjà forts. Mais là, ça les renforce.



Dr Pierre Paresys
Vice-président de l'USP

C'était une expérience tout à fait intéressante. J'ai beaucoup apprécié l'intérêt de se confronter entre spécialités, d'aborder nos modalités d'exercice ou la défense des services publics avec une qualité et une diversité d'intervenants : directeur d'Agence Régionale, directeur, élu et puis évidemment de nombreux praticiens hospitaliers. Donc c'était extrêmement riche et positif, et pour moi, ce type de séminaire est à refaire !

Qu'est-ce qui vous a le plus marquée dans les discussions informelle, en dehors des interventions ?



Dr Anne Wernet
Présidente du SNPHARE

Je crois que toutes les discussions informelles sont marquantes. Chacune pour la raison pour laquelle elle existe. Et effectivement, c'est comme dans les congrès, ce qui est dit pendant les séances est très intéressant, mais ce qui est dit entre les séances est beaucoup plus intéressant.

Ça permet de rencontrer, d'avoir des discussions avec l'ordre des médecins de façon très détendue, de discuter avec des HU qu'on n'aurait pas côtoyés autrement, de discuter avec un directeur et d'avoir cette conversation autour d'un repas ou d'un café, ce n'est pas la même chose et c'est vraiment important. Ça fait du lien, ça fait du lien aussi entre nous.

On a nos amis de l'AMUF, Patrick et Frédéric qui sont là aussi et ça permet de discuter de choses et d'autres et finalement de la vie de tous les jours. Et c'est aussi ça qui nous lie en fait.

Nous avons parlé territoire, mais nous avons également parlé de formation. Que pouvez-vous nous en dire ?



Pr Jeannot Schmidt
Élu APH à la CSN Médecine

La première chose que je rappelle souvent, c'est que les universitaires sont en fait hospitalo-universitaires et donc on a aussi un rôle, une place, une activité hospitalière. On l'oublie un peu.

Alors, ce que je retiendrais vraiment là-dedans, c'est la préoccupation qu'ont tous les praticiens qui étaient présents ici sur à la fois aujourd'hui mais surtout sur demain.

Hier, on ne changera pas, mais on apprend de ses erreurs.

Et une des interrogations qui est présente tout le temps, c'est " qu'est-ce qu'on va faire des jeunes de demain ? "

" Comment les jeunes de demain vont se positionner par rapport aux moins jeunes, voire même aux moins très jeunes comme moi ? "

Et c'est une question essentielle à la fois pour la formation, dans la mesure où on a quand même l'impression qu'il y a beaucoup de CHU

centrisme alors qu'en fait, les futurs médecins, quelles que soient les spécialités, peuvent aussi apprendre leur métier dans des établissements dits périphériques sans que ce soit dégradant. Le terme de " périphérique " ne va pas, on va dire " non CHU ".

Je pense que ça c'est quelque chose qui est essentiel.

Par rapport à ça, il y a des interrogations sur former quelqu'un, accueillir quelqu'un hors CHU.

Mais le former, par qui ? Le former, comment ? Et on s'est rendu compte qu'il y a des établissements où en fait les praticiens ne sont pas en nombre et donc il est très difficile de voir ça.

Et du coup a été abordé la question de la territorialisation. Et effectivement, si on pense à partager des praticiens, enfin si on pense à ce que les praticiens partagent des lieux d'intervention, des lieux d'activité, on pourra aussi beaucoup plus facilement former des jeunes à d'autres endroits qu'en CHU puisque justement les mêmes praticiens qui vont exercer dans les CHU exerceront aussi dans les non CHU. Et donc les jeunes qui les accompagnent finalement vont retrouver les mêmes acteurs qui vont les accompagner dans leur formation. Et puis le dernier point, c'est on a beaucoup réfléchi sur l'équité et moi j'aime à dire que l'égalité n'existe pas. Par contre, l'équité, on peut tous y travailler et on peut y tendre.

Et je crois que la réflexion collective, elle va dans ce sens-là. Il faut continuer de la cultiver. Voilà les trois éléments clés que je retiendrais. Mais je sors d'ici assez optimiste et vraiment très satisfait d'avoir participé à ce séminaire.



Parlons territorialité : quelle est votre perception de l'entraide dans le cadre du GHT ?



Dr Yves Rébufat
Délégué Général d'Action Praticiens Hôpital

Eh bien, si on veut que ça fonctionne bien, il faut plusieurs choses.

D'abord, que ce ne soit pas obligatoire à faire. On ne peut pas forcer les praticiens à faire 50 bornes pour aller travailler tous les matins. Il faut qu'ils soient volontaires pour le faire.

Et l'autre chose, c'est qu'il faut compenser le temps perdu par un praticien qui irait faire du temps en dehors de son établissement d'origine. Il faut le compenser dans son équipe. C'est-à-dire qu'on ne peut pas laisser les équipes en difficulté, les mettre en difficulté parce que des praticiens vont travailler ailleurs. Donc il faut

trouver un moyen soit pour étoffer les équipes des établissements supports, soit pour faire en sorte que cette activité-là soit totalement transparente.

La troisième chose qui serait souhaitable, c'est que si on veut avoir des volontaires, il faut qu'ils aient un attrait à faire cela, c'est-à-dire soit une rémunération supplémentaire, soit un gain quelconque en termes d'ancienneté, de trimestres de retraite ou je ne sais quoi qu'ils puissent avoir quand ils s'engagent dans cette activité.

Justement, parlons d'attractivité.



Dr Anne David-Bréard
Présidente du SNGC

Alors c'est vrai qu'il faut essayer de retrouver une attractivité à l'hôpital, tant pour garder les anciens PH que pour attirer les jeunes collègues. Alors évidemment, dans les facteurs d'attractivité, il y a la rémunération qui va être importante et en ayant une grille qui soit intéressante. Mais il n'y a pas que ça. Il y a bien tout ce qui est qualité de vie et conditions de travail qui sont importantes.

Combien est-on pour prendre en charge les patients ? Combien fait-on de gardes ou d'astreintes ?

Donc il faut travailler sur ça. C'est indispensable. Il y a tout ce qui est travail en équipe qui est extrêmement motivant.

Quand on peut monter des projets d'équipe,

qu'on peut travailler ensemble, qu'on peut demander des avis à des collègues, s'appuyer sur les ressources internes, je pense que ça, ce sont des facteurs qui sont extrêmement motivant pour rester à l'hôpital public. Ou y venir travailler.

Quels freins doivent être levés en priorité pour donner l'envie aux praticiens de revenir et de rester à l'hôpital ?



Dr Edwin Rouff
Secrétaire Général Adjoint d'APH

Il existe plusieurs freins à l'attractivité de l'hôpital public qui touchent également les jeunes générations. Je pense qu'il faut vraiment qu'on intègre le fait que, aujourd'hui, on assiste à un véritable désenchantement des personnes qui sont encore à l'hôpital public. Et comment inviter les jeunes générations à s'investir dans l'hôpital public quand nous-même on est désenchanté ?

C'est ça la vraie question.

Donc il faut vraiment repenser à la fois les conditions de travail, la qualité de vie à l'hôpital. Il ne faut pas mettre de côté le (parfois) tabou de la rémunération. Ce n'est pas un tabou. Il faut aussi qu'on parle de cet aspect-là et il faut réinsuffler un vrai enchantement et une vraie motivation à la carrière hospitalière. Pour nos jeunes comme pour nos moins jeunes.



SOUTENIR LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE, UN ENJEU MAJEUR POUR NOTRE SOCIÉTÉ



Dr Marie-José Cortès
Vice-présidente d'Action Praticiens Hôpital
Présidente du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

Pour situer le contexte actuel de la psychiatrie publique française et de son organisation des soins sectorisés, nous nous appuierons sur le rapport numéro 17 (juin 2024) du Haut-Commissariat au Plan « La prise en charge des troubles psychiques et psychologiques : un enjeu majeur pour notre société ».

Au sujet de la politique de secteur, sur laquelle la psychiatrie publique s'appuie, le rapport précise :

« La sectorisation est la pierre angulaire de l'organisation de l'offre de soins et de la politique de la santé mentale en France depuis plus de 60 ans (voir annexe n°2). ... Les principes fondateurs de la sectorisation étaient les suivants : donner à tous accès aux soins de proximité à travers un maillage territorial comportant des secteurs géographiques délimités, assurant une continuité des soins réalisée par et sous la responsabilité d'une même équipe, fédérée autour d'un psychiatre chef de service hospitalier, avec une indissociabilité de la prévention, de la cure, de la post-cure, de l'adaptation et de l'hospitalisation - qui finalement ne devient qu'une étape de traitement. L'objectif de la sectorisation pouvait alors se résumer de la sorte :

- La continuité de la prise en charge ;
- La pluridisciplinarité de la prise en charge ;
- La proximité et l'égalité de traitement des patients via la mise en place d'un découpage géographique en secteurs psychiatriques. »

Cette politique d'organisation des soins, via

« une organisation territorialisée originale et innovante du service public de la santé mentale » vise un accès à des soins de qualité, en proximité, à celles et ceux qui le nécessitent, enfants, adolescents, adultes et personnes âgées, sur l'ensemble du territoire (démarche de responsabilité populationnelle).

Preuve de sa réussite mais aussi de ses limites aujourd'hui et de la nécessité de le renforcer, les demandes qui lui sont adressées croissent continuellement, jusqu'à aboutir à une file active de 2,5 millions de personnes prises en soins aujourd'hui.

Les principaux constats auxquels font face quotidiennement les acteurs et actrices de la psychiatrie publique en France aujourd'hui sont :

- un doublement de la file active suivie en psychiatrie publique en 20 ans ; aujourd'hui, 2,5 millions de personnes suivies,
- le développement de nombreuses prises en charge spécifiques sans réel ajustement des budgets de la psychiatrie publique et sans diminution de la charge pesant sur les services de soins ayant des fonctions sectorielles,

- l'insuffisance de rémunération de l'ensemble des professionnels exerçant dans la fonction publique hospitalière,
- un nombre beaucoup trop élevé (42 %) de postes vacants de psychiatres hospitaliers,
- l'insuffisance de formation spécialisée des IDE,
- le nombre dérisoire d'IPA PSM formés annuellement,
- l'insuffisance du nombre de psychiatres formés annuellement.

ratrappage des régions et des territoires les moins dotés.

- Réaffirmer les grands principes de l'organisation des soins en psychiatrie : secteur comme brique de base de l'organisation des soins et CMP comme pivot de la prise en soins des patients.
- Inclure la Psychiatrie publique dans la démarche de définition des ratios soignants/soignés.

Renforcer l'attractivité de la psychiatrie publique

- Fidéliser les praticiens qui sont déjà en poste par la reconnaissance de la pénibilité particulière liée à l'exercice sectoriel (continuité et permanence des soins, poids du médico-légal).
- Lorsqu'il y a des vacances de poste trop importantes dans un secteur d'activité, redistribuer les émoluments des postes non pourvus entre les praticiens présents (pourcentage à définir). Veiller à la QVT des professionnels en santé testant des organisations innovantes : semaine de 4 jours, horaires encadrés, etc.
- Réflexion sur la lourdeur administrative (soins sans consentement, isolement et contention, ...) qui reste un irritant du quotidien.

Faire évoluer les organisations en améliorant l'intégration des professionnels non médicaux

Infirmiers de pratiques avancées

- Favoriser l'accès aux études d'IPA : valorisation des acquis pour accéder directement en 2^{ème} année, apport de e-learning pour éviter des déplacements trop importants, amélioration de la rémunération des IPA, prise en compte de l'ancienneté dans le métier d'infirmier.
- Financement dans le cadre du compartiment transformation de la réforme du financement à la fois des études des IPA mais également de leur poste, afin que les postes ouverts d'IPA soient réellement des postes en plus et non des postes d'infirmiers en moins.

Infirmiers exerçant en psychiatrie

- Reconnaître les compétences acquises des infirmiers exerçant depuis plusieurs années en psychiatrie.
- Créer un parcours de formation d'infirmier en soins spécialisés en psychiatrie.

Psychologues

Les psychologues sont des professionnels indispensables à l'organisation des soins en

Nous avons donc identifié deux objectifs majeurs concernant le soutien nécessaire à la psychiatrie publique :

- Offrir à tous un accès à des soins de proximité de façon aussi égale et équitable que possible ce qui implique d'améliorer l'accès aux Centres Médico-Psychologiques ainsi que la gestion des soins non programmés et l'articulation avec les services d'urgence tant pour la psychiatrie adulte que pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- Mettre l'accent sur les soins pour les adultes et les mineurs les plus fragiles et présentant les troubles les plus sévères afin d'éviter les ruptures de soins.

Cela implique le renforcement des moyens humains pour l'ensemble des services de psychiatrie sectorisés en diversifiant les professionnels qui y travaillent et en ayant une véritable réflexion sur l'attractivité de notre discipline et plus généralement celle de l'hôpital public.

Gouvernance

- Garantir un cap clair et cohérent pour les 10 années à venir en intégrant psychiatrie et santé mentale dans toutes les politiques publiques (éducation, logement, emploi, justice) allant au-delà du catalogue de la feuille de route psychiatrie et santé mentale.
- Garantir la réussite de la réforme du financement de la psychiatrie en assurant une progression de l'ONDPsy permettant de soutenir l'objectif de la réforme que sont le



psychiatrie, il est nécessaire de faire évoluer leur statut afin de maintenir l'attractivité de l'hôpital public.

En attendant cette nécessaire évolution :

- permettre une compensation financière lorsque les psychologues acceptent d'abandonner leur temps FIR pour des activités cliniques.
 - Ouvrir aux psychologues la possibilité de postes de coordination (exemple : CUMP, SAS...).

Formation

Infirmiers

- Questionner la pertinence de Parcours Sup pour accéder à la formation d'infirmier, l'entretien de motivation est indispensable pour accéder à cette profession (taux trop important d'échec et d'abandon en cours de route).
 - Améliorer la formation en psychiatrie dans la formation infirmière de base.
 - Soutenir les établissements pour organiser

de façon systématique une formation en psychiatrie pour les nouveaux professionnels, dans l'attente de la création d'un parcours complémentaire de formation d'infirmier en soins spécialisés en Psychiatrie.

Médecins généralistes

Alors que les troubles psychiques vont constituer une part importante de leur activité, aucun stage en psychiatrie n'est obligatoire pour les futurs médecins généralistes.

Ouverture d'un nombre significatifs de postes d'internes de MG dans les établissements autorisés en psychiatrie.

Psychiatres

- Augmenter le nombre d'internes en psychiatrie formés chaque année.
 - Promouvoir une répartition équitable des internes de spécialités dans les territoires.
 - Généraliser l'universitarisation des territoires en s'inspirant des expériences en cours.
 - Valoriser l'investissement dans les missions institutionnelles : chef de service, de pôle.

- PCME, démarche qualité, etc.
- Soutenir la formation pour ces missions.

Usagers

- Continuer à renforcer le droit des usagers.
- Intégrer la pair-aidance dans un modèle respectueux et protecteur pour les pairs aidants.
- Renforcer le travail avec les associations d'usagers afin de soutenir une insertion dans la cité par du logement inclusif et/ou accompagné.

Prévention

La mission de prévention fait partie des missions du secteur psychiatrique.

Cette mission est aujourd'hui mise à mal car les CMP sont débordés par les demandes de soins. Elle doit être d'une part bien reconnue dans le cadre du financement de la psychiatrie (compartiment géopopulationnel) et d'autre part s'intégrer dans les dispositifs tels que les CPTS (facilitation de l'organisation des soins primaires avec participation active au CPTS) et CLSM.

Psychiatrie aux urgences

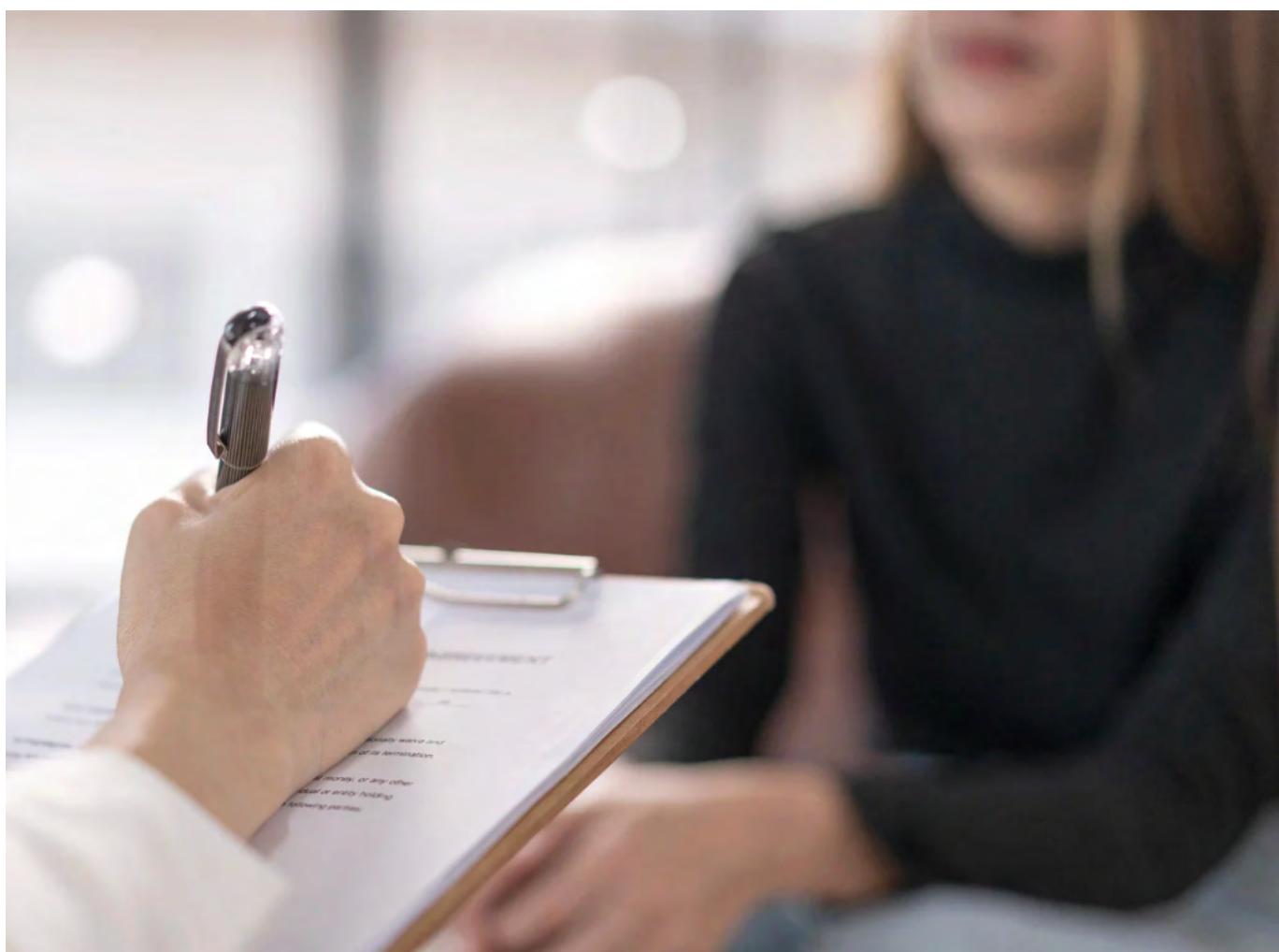
- Développer la partie psychiatrie des SAMU-SAS dans tous les territoires, les articuler avec

les CPTS et les CMP (Privilégier les postes partagés de professionnels des secteurs de Psychiatrie présents sur les plateaux de régulation).

- Recenser les différentes organisations de la psychiatrie aux urgences sur l'ensemble de la France dans l'objectif de dégager les organisations les plus économies en temps médical et intégrant la pluridisciplinarité.
- Lancer sans délai les travaux dans le cadre de la réforme du financement de la psychiatrie sur la psychiatrie aux urgences et la liaison dans les services MCO. Les réflexions doivent inclure tous les âges de la vie, en particulier la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

...

Soutenir la Psychiatrie publique à la hauteur des besoins et des attentes des populations, c'est garantir l'accès au juste soin pour tous et rétablir l'équité.



Astreintes, les coulisses d'un dossier sous haute surveillance



Dr Jean-François Cibien
Président d'Action Praticiens Hôpital

ASTREINTES, VOUS AVEZ DIT ASTREINTE ?

Action Praticiens Hôpital vous explique la genèse des avancées récentes que nous avons obtenues de haute lutte sur les astreintes dont les derniers textes remontaient à 2014.

Pour commencer nous avons réussi à faire rouvrir ce dossier perdu dans les oubliettes du ministère de la santé avec la complicité de la FHF car les actes réalisés pendant les périodes d'astreintes sont réalisés à plus de 80 % par les hospitaliers.

APH prône historiquement :

- la transparence : " Qui fait quoi ? Où et avec quelle valorisation ? "
- l'équité entre les praticiens : plus votre astreinte est lourde plus vous devez être rémunéré en intégrant le temps de l'astreinte dans le décompte du temps de travail des praticiens,
- l'analyse des cas particuliers comme les actes en télémédecine (avis, lecture d'examens radiologique, biologique...) mais également la prise en compte d'un déplacement exceptionnel d'un praticien qui n'est pas d'astreinte pour un renfort...

APH continuera à porter le combat de l'attractivité des carrières de praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires, tous statuts confondus sans oublier ni les Docteurs Juniors ni nos collègues chefs de clinique. La

juste valorisation des astreintes est un premier palier mais nous allons poursuivre nos travaux pour que les droits élémentaires des praticiens soient respectés.

Petits rappels sémantiques

Définition Larousse : période de disponibilité du salarié à l'égard de son employeur, pendant les heures de travail ou en dehors, afin d'être prêt à intervenir dans une situation particulière de travail.

Pour le Code du Travail dans son article L.3121-9 : l'astreinte est définie comme la période pendant laquelle le salarié, sans être sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de l'employeur, doit être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'entreprise.

Astreintes : repos ou travail effectif ? Tout dépend des contraintes imposées au salarié...

- Cass.soc.26.10.22, n° 21-14178 -

La Cour de cassation, dans son arrêt du 26 octobre 2022, est venue préciser les conditions dans lesquelles le juge peut requalifier une

période d'astreinte en temps de travail effectif rémunéré comme tel en fonction :

- des contraintes imposées au salarié et leur impact sur sa capacité à gérer son temps personnel ;
- des obligations à intervenir dans un délai trop court.

APH rappelle également la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), selon laquelle il faut tenir compte des contraintes imposées au salarié sous astreinte pour déterminer si la période d'astreinte constitue du temps de travail ou du temps de repos.

CJUE 09.03.21, C-344/19, D.J. c/Radiotelevizija Slovenija, points 37 et 38 ; CJUE, 21.02.18, aff. C-518/15 : " Les périodes de garde, y compris sous régime d'astreinte, relèvent également, dans leur intégralité, de la notion de « temps de travail » lorsque les contraintes imposées au travailleur au cours de celles-ci affectent objectivement et très significativement sa faculté de gérer librement le temps pendant lequel ses services professionnels ne sont pas sollicités et de se consacrer à ses propres intérêts. À l'inverse, en l'absence de telles contraintes, seul le temps lié à la prestation de travail qui est, le cas échéant, effectivement réalisée au cours de telles périodes doit être considéré comme du « temps de travail ». "

“

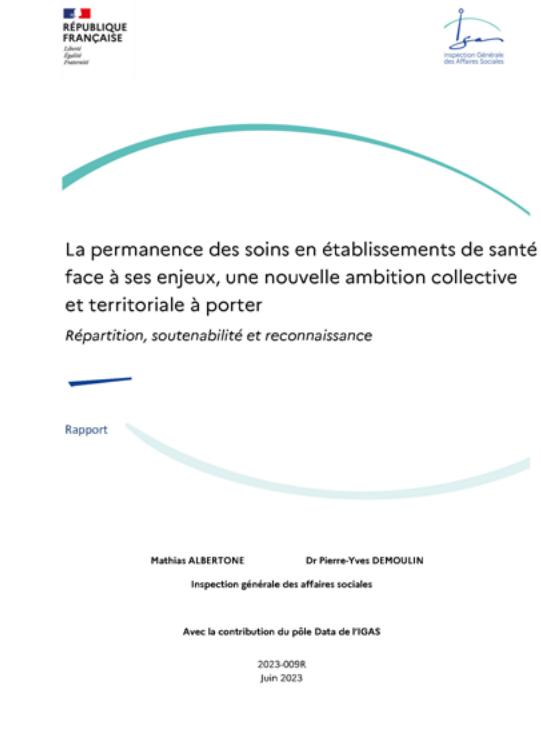
APH PRÉCISE QUE SILESPRATICIENS HOSPITALIERS ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRES NE SONT PAS SOUMIS AU CODE DU TRAVAIL LA QUESTION DU DÉCOMPTE DES ASTREINTES EN TEMPS DE TRAVAIL EST UNE QUESTION QUE NOUS AVONS POSÉ AUX MINISTRES ET À LA DGOS ET QUE NOUS ALLONS BIEN TÔT DÉPOSER EN CONSEIL D'ETAT POUR AVOIR UN ARBITRAGE SUR CE POINT.

”

Rappel historique

Alors que la permanence des soins avait été balayée d'un revers de main pendant le Ségur par les syndicats signataires comme par la FHF et que le premier rapport IGAS sur le sujet a été perdu dans les méandres de l'oubli, un deuxième

rapport de l'IGAS sur « la permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter a lui été publié en juin 2023.



Morceaux choisis du rapport IGAS

Les enquêtes SOLEN offrent une connaissance enfin précise des lignes de gardes et d'astreintes inscrites aux schémas régionaux de la PDSES : 6 535 lignes de PDSES ont été recensées dans les 14 ARS ayant répondu à l'enquête (2 004 lignes de gardes, 3 796 lignes d'astreintes et 736 organisations « mixtes »).

La répartition par spécialités, catégories d'établissements et secteurs de l'hospitalisation est également très riche (82 % des gardes (77 % des astreintes) dans le secteur public, 13 % (18 % des astreintes) dans le secteur privé à but lucratif et 5 % (5 % des astreintes) dans le privé à but non lucratif).

[31] La mission recommande une revalorisation significative du montant de l'indemnité forfaitaire des astreintes publiques, dont la reconnaissance est beaucoup plus faible que pour les praticiens libéraux, et de réviser les modalités de forfaitisation pour mieux reconnaître le travail réalisé en astreinte (y compris dans le cadre de la télémédecine) (Reco 25). Ces mesures doivent être accompagnées d'un renforcement du suivi des astreintes forfaitisées pour assurer transparence et



équité au sein des communautés hospitalières (Reco 25) et d'un rappel aux établissements de leurs obligations de suivi du temps de travail en astreinte (Reco 26).

Dans les préconisations de la mission IGAS
4.2 Améliorer significativement les conditions de rémunération des astreintes à l'hôpital public, une priorité (p 78 à 81)

4.2.1 La reconnaissance actuelle du travail en astreinte à l'hôpital : complexité et insuffisances

[261] Dans tous les cas, le temps de travail réalisé en astreinte doit être suivi par l'employeur afin de s'assurer du respect des dispositions de la directive européenne 93/104/CE concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail (non-dépassement du plafond de 48 heures de travail hebdomadaire).

[263] A l'issue de ses travaux de terrains, la mission partage ces constats et souhaite insister plus particulièrement sur quatre points :

- **Le déséquilibre, encore amplifié depuis l'arrêté du 31 août 2021, de l'indemnisation des astreintes des praticiens publics et libéraux représente une iniquité majeure (43,86 € vs 180 € par astreinte).** Pour les mêmes raisons qui conduisent à recommander de faire converger le montant de l'indemnité de gardes des praticiens libéraux avec celle des praticiens publics, une convergence inverse est nécessaire concernant les astreintes ;
- La conception binaire du dispositif se révèle de plus en plus préjudiciable. Les dispositions

actuelles méconnaissent à la fois la pénibilité susceptible de découler d'appels téléphoniques répétés, en nuit profonde en particulier, ainsi que les potentialités offertes par la télémédecine de réaliser des diagnostics et de délivrer des prescriptions depuis le domicile ;

- La mise en œuvre de la forfaitisation, pour palier à la lourdeur du décompte au réel et aux risques de dérives déclaratives, présente des lacunes importantes en l'état des pratiques ;
- Enfin, la mission relève des incertitudes relatives au suivi effectif par les établissements du temps

de travail en astreinte. Cela constitue un point d'attention qui doit être pris en compte dans le cadre de la réorganisation proposée.

4.2.2 L'amélioration de la reconnaissance du travail en astreinte, un objectif atteignable...

4.2.2.1 Revaloriser et harmoniser les modalités d'indemnisation des astreintes

4.2.2.2 Créer les conditions de l'équité et de la transparence dans la mise en œuvre des astreintes forfaitisées

[269] La modification de l'arrêté du 30 avril 2003 devra également prévoir les critères et modalités de gouvernance de sa mise en œuvre. Il s'agit en particulier :

- Des critères permettant de répartir les astreintes par niveau en fonction de leur lourdeur : les astreintes de niveau 1 correspondraient à celles qui sont le plus exceptionnellement/rarement sollicitées, les astreintes de niveau 4 à celles qui sont les plus fréquemment sollicitées et pour les interventions les plus lourdes, notamment dans le cadre d'organisations territorialisées ;
- Du processus décisionnel à mettre en œuvre pour objectiver la lourdeur des lignes d'astreintes et procéder à leur répartition. En lien avec la recommandation 18 qui inscrit l'organisation et le fonctionnement de la PDSE au sein des groupements dans les compétences de droit des GHT, ce processus doit impliquer les établissements parties au groupement et aboutir à une décision prise à l'échelle du groupement après

- consultation des instances compétentes ;
- Des modalités retenues permettant d'assurer le suivi de l'activité et du temps de travail réalisé en astreinte.

[270] Ces critères et la mise en œuvre de ces modalités constituent des facteurs clefs de la confiance et de l'adhésion des communautés médicales.

[271] Ces propositions sont porteuses d'améliorations substantielles : la reconnaissance du travail en astreinte sera sensiblement améliorée, dans un objectif de convergence avec l'indemnisation des praticiens libéraux, la lourdeur des astreintes sera bien mieux prise en compte, en incluant les sollicitations téléphoniques et la télémédecine ; l'équité et la transparence seront renforcées à l'échelle des GHT. Leur mise en œuvre devait intervenir à compter du 1^{er} juillet 2024, au moment de l'entrée en vigueur des futurs schémas régionaux de la PDSES.

Recommandations du rapport IGAS et échéancier prévisionnel

5 Redéfinir des modalités de financement équitables et stables des indemnités du sujetion de gardes et astreintes engagées par les établissements

Priorité 1 Qui DGOS / SG MASS Échéance 09/23

25 Revaloriser sensiblement les conditions de rémunération des astreintes, dans un objectif de convergence avec celles des praticiens libéraux, en augmentant le montant de l'indemnité forfaitaire et en généralisant le dispositif des astreintes forfaitisées selon des modalités de mise en œuvre harmonisées et consolidées

Priorité 1 Qui DGOS Échéance 07/24

26 Rappeler aux établissements leurs obligations en matière de contrôle du temps de travail réalisé en astreinte et organiser un suivi, au minimum annuel, en commission médicale de groupement, en lien avec le suivi des astreintes forfaitisées

Priorité 2 Qui DGOS Échéance T1/24

28 Fixer les obligations de services hebdomadaires des professionnels enseignants et hospitaliers à 10 demi-journées, comptabiliser dans leurs obligations de service le temps de travail réalisé en gardes et en astreintes, leur ouvrir la possibilité de déclarer du temps de travail additionnel et rémunérer leurs gardes et astreintes aux tarifs communs

Priorité 1 Qui DGOS / MESRI Échéance 07/24

Du rapport à la réalité, le portage d'APH sur le dossier des astreintes

- Inscription PLFSS 2024 des mesures financières pour revaloriser les astreintes durant l'été 2023. Ainsi, dans le PLFSS 2024 p 16, il est écrit que « La majoration des gardes des personnels médicaux de 50 % pour tous les médecins, y compris ceux des secteurs privés lucratifs et non lucratifs, **avec un alignement de la rémunération des astreintes dans le secteur public sur le secteur privé** ».
- Mesures transitoires discutées avec le Ministre Aurélien Rousseau sur le principe de ce qui avait été réalisé pour les gardes avec une majoration de 50 % des montants versés aux PH pour les astreintes en attendant la mise en place du dispositif.
- Démission du Ministre Aurélien Rousseau en décembre 2023.
- Rendez-vous APH avec Mme la Ministre Mme Vautrin 14 février 2024 et accord pour rouvrir ce chantier.
- Rendez-vous avec les Ministres Valletoux et Darrieussecq aux abonnés absents sur ce dossier.
- 9 juin 2024 : dissolution de l'Assemblée Nationale + 55 jours de vide sanitaire lors de l'été.
- PLFSS 2025 - Annexe 5 • 27** : 0,2 Md€ pour la forfaitisation et la revalorisation des astreintes des personnels médicaux.
- 20 février 2025, rendez-vous APH avec M. Y. Neuder nommé le 23 décembre 2024 qui accepte la réouverture de ce chantier et surtout le principe de mesures transitoires car financées dans le PLFSS depuis 2024.
- 29 mars 2025 : lettres spécifiques d'APH, AH et CPH aux Ministres pour rouvrir le dossier des astreintes.
- 11 avril 2025, CP commun des intersyndicales pour un appel à la grève de la PDS.
- 17 avril 2025, réunion de travail avec le Ministre Y. Neuder, son cabinet et la DGOS pour caler les modalités de lever du préavis de grève.
- 28 avril 2025, réunion avec Y. Neuder pour la validation des modalités des mesures transitoires et la signature du protocole de levée du préavis de grève par toutes les intersyndicales
- 7 juillet 2025, diffusion du communiqué de presse APH sur l'absence de parution de l'arrêté relatif aux mesures transitoires sur l'indemnisation des astreintes médicales hospitalières.
- 8 juillet 2025, décrets d'application.
- 11 juillet 2025, communiqué de presse d'APH sur la publication des décrets.



PLSS 2024



CP Préavis de grève



Levée du préavis



CP publication



Dr Yves Rébufat
Délégué Général d'Action Praticiens Hôpital

ASTREINTES, ON CHANGE DE RÉGIME !

Action Praticiens Hôpital (APH), union de la Confédération des Praticiens de Hôpitaux et d'Avenir Hospitalier, intersyndicales résolument engagées pour la défense de vos droits et l'amélioration de vos conditions de travail, participe depuis deux ans à des groupes de travail organisés par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) afin de faire évoluer le régime indemnitaire des astreintes.

Lors de son bref passage au ministère de la santé en 2022-2023, François Braun avait revalorisé la permanence des soins sur place, la garde, de 50%. Les astreintes avaient été totalement oubliées par le ministre. APH n'avait alors eu de cesse de rappeler que l'activité réalisée lors des astreintes n'était en rien anecdotique et que beaucoup des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux, des greffes et des prélevements d'organes, pour ne citer que ceux-là, étaient réalisés chaque nuit par des praticiens sous régime d'astreinte.

Après deux ans d'insistance auprès des nombreux ministres qui se sont succédés, nous avons réussi à faire ouvrir ce dossier et obtenu une revalorisation transitoire à partir du premier juillet 2025 et des mesures pérennes pour novembre prochain.

Nous tenons donc aujourd'hui à vous éclairer sur les récentes et importantes évolutions réglementaires concernant l'organisation et l'indemnisation de la permanence des soins.

Un nouvel arrêté daté du 8 juillet 2025 vient en effet modifier l'arrêté du 30 avril 2003, un texte fondamental qui régit notre permanence des soins. Ces modifications entrent en vigueur pour la plupart le 1^{er} novembre 2025, mais certaines dispositions, notamment celles relatives aux dispenses, sont applicables dès le lendemain de la publication de l'arrêté au Journal Officiel.

Refonte de la Permanence Des Soins : enjeux et nouvelles orientations

Jusqu'à présent, le régime d'indemnisation des astreintes à domicile dans les établissements publics de santé reposait sur un modèle dual. Il laissait le choix à l'établissement entre une indemnisation au réel des déplacements effectués durant l'astreinte, complétée par une indemnité forfaitaire de base d'environ 40 euros, ou une indemnisation entièrement forfaitisée.

Cette complexité de décompte et les disparités qu'elle entraînait ont justifié la réforme actuelle. **L'arrêté du 8 juillet 2025 marque un tournant majeur : il généralise la forfaitisation de l'indemnisation des astreintes, faisant de ce régime le modèle unique.**

Cette réforme répond à plusieurs enjeux :

- **Simplifier les modalités d'indemnisation des astreintes** : l'objectif est de clarifier le processus pour les praticiens, les directions des établissements et les instances médicales (Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins - COPS et Commission Médicale d'Établissement - CME).
- **Revaloriser l'ensemble des astreintes** : cela inclut les astreintes qui donnent rarement lieu à des déplacements, tout en garantissant une rémunération nettement supérieure pour les astreintes impliquant des interventions sur site.
- **Proposer une forfaitisation plus fine et graduelle** : il s'agit de mieux prendre en compte l'intensité réelle des astreintes et d'intégrer les pratiques de télémédecine, dépassant ainsi l'ancienne dichotomie "astreinte déplacée / astreinte non déplacée".
- **Garantir sur un territoire de santé une répartition équilibrée des indemnisations** par l'implication des COPS et CMG les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) en cohérence avec les projets ou schémas

régionaux de santé (PRS ou SRS) et un contrôle des allocations distribuées par les CRP dans chaque ARS.

La date d'application de cette réforme est fixée au **1^{er} novembre 2025**.

Forfaitisation des astreintes : ce qui change concrètement

La nouvelle réglementation s'applique aux **praticiens hospitaliers, praticiens contractuels, assistants des hôpitaux, praticiens attachés, praticiens adjoints contractuels, ainsi qu'aux personnels enseignants et hospitaliers**.

Généralisation du modèle forfaitaire

Comme mentionné précédemment, le régime dual est abandonné au profit d'une généralisation de la forfaitisation. Cela signifie que les astreintes donneront désormais lieu à une indemnité forfaitaire unique, quel que soit le nombre de déplacements réalisés ou le temps d'intervention sur place.

Définition des niveaux de forfaits et montants

• Seuils réglementaires :

L'arrêté fixe un **montant plancher de 70 €** pour une nuit ou deux demi-journées d'astreinte, soit une revalorisation de 50 % par rapport à l'ancienne indemnité de 44 €.

Le **montant plafond** est fixé à **280 €**, ce qui représente une revalorisation de 50 % par rapport à l'ancien plafond de 185 €, et de 40 % par rapport au forfait spécifique de 199 € pour les activités de bloc opératoire.

Une demi-astreinte est indemnisée à hauteur de la moitié du forfait fixé.

• Flexibilité locale :

La direction de chaque établissement, en concertation avec les instances médicales (**COPS** et **CME**), aura la souplesse de définir le **nombre exact de forfaits et les montants d'indemnisation associés**, à condition de respecter les seuils plancher et plafond.

• Gradation obligatoire :

Pour garantir une juste répartition et éviter les forfaits "au rabais", le **nombre de lignes d'astreinte classées dans un même forfait ne pourra pas excéder 40 %** du nombre total de lignes d'astreinte de l'établissement. Cela impose aux établissements de prévoir **au minimum trois forfaits** distincts.



Exemple de gradation en 4 forfaits :

- **Forfait n°1 (70 €) : pour les astreintes avec de rares sollicitations.**
- **Forfait n°2 (130 €) : pour les astreintes fréquemment sollicitées par téléphone ou incluant des actes de télémédecine.**
- **Forfait n°3 (220 €) : pour les astreintes fréquemment déplacées.**
- **Forfait n°4 (280 €) : pour les astreintes fréquemment déplacées avec des interventions lourdes.**

Mais il sera possible de créer plus de forfaits, avec des montants différents, peu importe tant que l'on reste dans la fourchette des 70-280 euros.

Critères de classement des astreintes

Pour assurer une classification juste et transparente, il conviendra de définir les forfaits selon des critères précis :

- **L'intensité moyenne de l'activité** pendant l'astreinte.
- **La fréquence des déplacements et leur durée.**
- **La réalisation d'actes de télémédecine** (téléexpertise, télésurveillance, téléassistance).
- **L'activité de recours territorial ou régional** de l'établissement.

En complément, une instruction ministérielle devrait préciser des **exemples de critères additionnels** que les établissements pourront utiliser, en lien avec la COPS et la CME, pour affiner l'appréciation de la pénibilité :

- La fréquence moyenne des sollicitations téléphoniques et leur survenue (première partie ou nuit profonde).
- La durée moyenne et la nature des interventions sur place.
- L'étendue du territoire couvert par l'astreinte.
- La période de l'astreinte (nuit ou journée le week-end).
- Le nombre de praticiens participant à la ligne d'astreinte.
- La présence d'une ligne de garde d'interne, qui peut limiter les sollicitations du praticien senior en astreinte.

Ces critères sont essentiels pour que la forfaitisation reflète au mieux la réalité de notre charge de travail.

Mise en place de la forfaitisation : un processus à structurer

La définition des forfaits et la répartition des lignes d'astreintes se fera au sein de chaque établissement, impliquant la **COPS** et la **CME**.

Néanmoins, cette mise en place doit s'inscrire dans un cadre plus large :

- **Orientations stratégiques communes du GHT**: l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) définit des orientations stratégiques en matière de rémunération et de temps de travail des personnels médicaux, sur proposition de la commission médicale de groupement (CMG) et arrêtées par le comité stratégique. Le GHT peut ainsi proposer des lignes directrices pour aider les établissements à définir les niveaux de forfaits et leur cohérence sur le territoire de santé.
- **Schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins** : la définition des forfaits doit être cohérente avec ce schéma, intégré au projet médical partagé du GHT. Ce projet doit être présenté et recevoir l'avis de la CMG et du comité stratégique du GHT.
- **Approbation de l'ARS** : le projet de forfaitisation de chaque établissement sera ensuite soumis à l'approbation du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). L'ARS vérifiera notamment le respect de la règle des 40 % (pas plus de 40 % des lignes d'astreinte dans un même forfait) et s'assurera de la cohérence et de



l'homogénéité des forfaits à l'échelle du territoire de santé. La Commission Régionale Paritaire sera consultée pour avis.

Il est crucial que nous, praticiens, participions activement aux discussions au sein de nos COPS et CME pour garantir que nos spécificités soient prises en compte pour que notre engagement dans la PDSES soit mieux pris en compte et que l'ARS joue pleinement son rôle de régulateur.

Maintien du décompte du temps d'intervention et droit au repos

Un point fondamental que nos organisations syndicales ont défendu avec acharnement est que la **forfaitisation de la rémunération n'exonère EN RIEN de la tenue du décompte du temps d'intervention réel effectué lors des astreintes.**

Temps de travail effectif

En cas de déplacement durant l'astreinte, le temps d'intervention sur place et le temps de trajet sont considérés comme du temps de travail effectif et sont intégrés dans les obligations de service du praticien.

Ce décompte est essentiel pour vérifier le **non-dépassement de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire de 48 heures** et pour intervenir si la santé et la sécurité des praticiens sont affectées.

Calcul du temps

- **Le temps d'intervention sur place est décompté en heures réelles. Les fractions d'heures sont arrondies à l'heure supérieure si elles dépassent la demi-heure, et négligées sinon.**
- **Le temps de trajet est forfaitisé à une heure aller-retour par déplacement, avec un plafond total de deux heures quel que soit le nombre de déplacements par période d'astreinte.**
- **Chaque tranche de cinq heures cumulées (incluant le temps de trajet) est convertie en une demi-journée au titre du quadrimestre concerné. Le reliquat d'heures est reporté au quadrimestre suivant.**
- **Par dérogation, un déplacement avec trois heures d'intervention sur place (hors trajet) sera décompté comme une demi-journée.**
- **Le décompte du temps d'intervention et de trajet pendant une astreinte ne peut dépasser deux demi-journées.**





Temps de travail additionnel (TTA)

Si le temps décompté en astreinte amène le praticien à dépasser ses obligations de service sur le quadrimestre, il générera du TTA. Ce TTA pourra, au choix du praticien, être récupéré ou indemnisé selon le contrat de TTA qu'il aura préalablement signé.

Le repos quotidien

Le repos quotidien après la fin du dernier déplacement est garanti au praticien. Il s'agit d'une mesure essentielle pour notre sécurité et celle de nos patients.

La récupération des astreintes

La possibilité pour le praticien de choisir entre l'indemnisation et la récupération de l'astreinte est maintenue dans le cadre de la forfaitisation. C'est une vieille mesure qui n'a aujourd'hui plus beaucoup de pertinence si le décompte du temps de travail effectif est correctement réalisé.

La récupération est possible sous réserve d'assurer la continuité du service et après accord des responsables de service/département.

Les modalités de récupération des astreintes évoluent avec une gradation basée sur la pénibilité du forfait :

- Une demi-journée de récupération pour une astreinte ayant donné lieu à un déplacement
- Une demi-journée de récupération pour

deux astreintes classées dans un forfait correspondant à des appels fréquents ou des actes de télémédecine (anciennement "astreinte opérationnelle").

- Une demi-journée de récupération pour cinq astreintes classées dans un forfait correspondant à des appels peu fréquents (anciennement "astreinte de sécurité").

Les journées ainsi récupérées peuvent être fractionnées en demi-journées ou cumulées, dans la limite de cinq jours par mois ou quinze jours par trimestre. Il est important de noter que les astreintes qui ont donné lieu à récupération ne sont pas indemnisées.

Autres dispositions réglementaires prévues

Au-delà de la forfaitisation des astreintes, l'arrêté du 8 juillet 2025 apporte d'autres évolutions significatives.

Facilitation des dispenses de participation à la PDSES

C'est une avancée notable pour la prise en compte de la pénibilité :

- Les praticiens à partir de 60 ans pourront être dispensés de participation à la permanence des soins sur simple demande. C'est une simplification par rapport à l'ancienne règle qui exigeait un avis médical et tenait compte des nécessités de service.
- Les femmes enceintes pourront être dispensées sur avis du médecin du travail dès le début de la grossesse, et non plus à partir du troisième mois. Les internes bénéficient également de cette dispense.

Ces mesures visent à protéger nos collègues et à alléger la charge de la permanence pour ceux qui en ont le plus besoin.

Harmonisation de la rémunération du Temps de Travail Additionnel (TTA)

Dans un souci de simplification et d'harmonisation, la distinction de rémunération du TTA de nuit ou de jour en fonction de l'adoption ou non d'un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins est supprimée.

- Le montant unique de 335,60 € pour une période de TTA sera généralisé, quel que soit le statut ou l'établissement.
- De plus, la possibilité de cumuler l'indemnité de sujexion et l'indemnité de TTA est clairement établie.

- Les montants dus au titre des indemnités pour TTA seront versés **au terme de chaque quadrimestre**.

Abrogation de l'article 14 bis

L'article 14 bis, qui concernait spécifiquement l'indemnisation des astreintes à domicile des personnels enseignants et hospitaliers, est abrogé. Cela signifie que les personnels enseignants et hospitaliers sont désormais pleinement intégrés dans le nouveau régime de forfaitisation des astreintes défini à l'article 14, renforçant l'harmonisation des règles.

Évaluation annuelle du dispositif

Le directeur de l'établissement, en collaboration avec la COPS, doit réaliser **une évaluation annuelle du dispositif de forfaitisation**. Cette évaluation est ensuite transmise au conseil de surveillance et au directeur de l'ARS. Cette clause est essentielle pour permettre un ajustement si les forfaits définis ne reflètent pas adéquatement la réalité de nos astreintes.

En conclusion

Ces évolutions réglementaires, qui entreront pour la plupart en vigueur le 1^{er} novembre 2025, représentent un changement significatif dans l'organisation et l'indemnisation de notre permanence des soins. La généralisation et la revalorisation de la forfaitisation des astreintes sont des mesures que nous, à APH,

avons activement défendues. Elles visent à apporter plus de simplicité, de justice et de reconnaissance à notre engagement auprès de nos concitoyens.

Cependant, il est crucial de rester vigilants quant à leur mise en œuvre concrète dans chaque établissement. Le diable est souvent dans les détails. Nous devrons nous assurer que les forfaits définis par nos directions, en lien avec les instances médicales et les GHT, reflètent réellement la pénibilité et la complexité de nos astreintes, et que les critères de classement sont appliqués avec équité dans nos établissements et nos territoires de santé.

Le maintien du décompte du temps d'intervention est une garantie précieuse pour le respect de notre temps de travail et de notre santé.

Nous encourageons chacun d'entre vous à s'approprier ces nouvelles règles, à participer aux discussions locales, et à nous faire remonter toute difficulté d'application. C'est ensemble, par notre vigilance et notre mobilisation, que nous pourrons garantir que ces réformes se traduisent par une réelle amélioration de nos conditions d'exercice.

APH et l'ensemble de ses syndicats restent à vos côtés, plus que jamais mobilisés pour défendre les intérêts des praticiens hospitaliers.

APH CONTINUE DE SUIVRE DE PRÈS CE DOSSIER...

...et sera attentif aux difficultés qui pourront être rencontrées par les praticiens lors de la construction des forfaits par les établissements et à l'appréciation de la pénibilité du travail réalisé pendant les astreintes.

APH rappelle aux praticiens que l'Europe considère que toute activité réalisée pour un employeur doit être considérée comme étant du travail si elle empêche le salarié de vaquer à ses occupations personnelles. Par conséquent, la notion de déplacement, qui seule génère du temps de travail dans l'arrêté du 30 avril est trop restrictive au regard de la définition européenne.

De même, le délai imposé au praticien pour se rendre sur son lieu de travail en cas d'appel de son employeur est un facteur à prendre en compte, la jurisprudence européenne

considérant qu'un délai trop court imposé par l'urgence à intervenir peut faire basculer l'ensemble de la période d'astreinte dans le temps de travail.

L'urgence était de revaloriser les astreintes et de débloquer les fonds prévus au PLFSS pour cela. Nous l'avons obtenu. Maintenant, nous ne sommes pas entièrement satisfaits de la révision de l'arrêté du 30 avril qui, même s'il évolue de manière positive, continue à occulter une partie de la législation européenne qui devrait s'imposer.

Nous avons donc encore du travail à faire et APH continuera à pousser pour faire évoluer ce texte, très lié à celui du temps de travail qui est notre prochain chantier pour la rentrée.

Facteurs humains en santé

Penser comme un pilote, agir comme un soignant.

C'est le fil rouge de notre entretien avec le Dr Régis Fuzier, anesthésiste-réanimateur, pilote professionnel et expert reconnu des facteurs organisationnels et humains.

Entre salle d'opération et cockpit, il nous explique comment les compétences non techniques – communication, gestion du stress, coopération – sont fondamentales pour améliorer la sécurité des soins, le travail en équipe... et le bien-être des soignants.



Qui êtes-vous ?

Diplômé en anesthésie-réanimation (MD, PhD, HDR), titulaire d'un Diplôme Universitaire de Pédagogie et de Formateur à l'Enseignement de la Médecine sur Simulateur, je participe à l'enseignement de l'anesthésie depuis 25 ans, ainsi que des facteurs organisationnels et humains depuis 7 ans en faisant le lien avec l'aéronautique fort de ma licence de pilote professionnel d'avion (ATPL théorique, CPL, IR/ME, MCC).

J'interviens dans plusieurs Diplômes Universitaires mais aussi à l'étranger. J'ai codirigé un ouvrage sur la thématique des facteurs humains en santé (John-Libbey Eurotext, 2023) et participé à plusieurs publications internationales. Récemment, j'ai participé à la création d'un Diplôme Inter-Universitaire sur les Facteurs Humains en Santé entre Bordeaux et Toulouse qui verra le jour j'espère en octobre 2026.

En 2025, j'ai décidé de me lancer dans la formation et le consulting sur cette thématique. J'ai quitté mon poste de médecin anesthésiste pour développer ma société T-Fordec Consulting (www.tfordecc.com) et promouvoir l'approche FOH auprès de sociétés et/ou industries à risque qui cherchent à améliorer le travail en équipe, ainsi que la qualité de vie et les conditions de travail de ses salariés.



Vous appartenez à l'association

Facteurs Humains en santé. Depuis quand existe-t-elle, qui la compose et quelles sont les missions portées dans cette association ? Pourriez-vous nous indiquer quel est votre rôle au sein de cette organisation ?

L'association a été créée en 2017 et s'est énormément structurée depuis. Le but est de regrouper des personnes d'horizons différents, sensibilisées aux facteurs organisationnels et humains (FOH) mais aussi motivées. Les missions sont multiples :

- Améliorer la sécurité du patient et la qualité des soins
- Améliorer la qualité de vie des soignants au travail
- Réaliser des actions de terrain
- Fédérer les institutions, associations, et personnes impliquées dans la formation et la promotion du fonctionnement (facteur) humain et organisationnel
- Réaliser des actions à buts pédagogiques
- Promouvoir la recherche et réaliser des études centrées sur le fonctionnement humain et organisationnel en médecine
- Communiquer des informations, résultats récents, et réaliser une veille bibliographique concernant le facteur humain et organisationnel
- Promouvoir la prise en compte du facteur humain et organisationnel au niveau des acteurs de santé et instances dirigeantes

« L'amélioration de la sécurité dans le domaine médical nécessite d'intégrer les compétences non techniques lors de la formation initiale et continue des études médicales et paramédicales. Le développement de la simulation médicale permet d'évaluer ces compétences. Il existe dans la littérature des études spécifiques sur cette thématique, aussi bien pour les chirurgiens que les anesthésistes (Flin R et al. Br J Anaesth 2010). Une prise de conscience collective et le déploiement de ces formations devraient favoriser l'intégration de ces éléments en pratique quotidienne, lors des tâches routinières, afin de permettre une réponse plus rapide et adaptée en situation d'urgence ou dégradée »

Régis Fuzier, avril 2024



Je suis membre du conseil d'administration depuis 2020. J'ai participé à différents projets (écritures d'articles, réalisation de vidéos...). En 2022, j'ai organisé à Toulouse le colloque national de l'association sur la thématique de l'erreur.

 **Votre expertise dans le monde de l'aviation en tant que pilote qualifié vous sert-elle dans votre quotidien d'anesthésiste-réanimateur ? Avez-vous utilisé certaines pratiques du monde aéronautique que vous appliquez dans votre pratique quotidienne ? Si oui lesquelles ? Avez-vous utilisé certaines pratiques du monde aéronautique pour promouvoir dans votre livre des recommandations ? Si oui lesquelles ?**

Il existe sans aucun doute de nombreuses passerelles entre l'aviation commerciale et la santé. Nous avons essayé à travers certaines publications (FUZIER R, et al. Safety in healthcare : *From the flight deck to the operating room*. Turk J. Anaesthesiol Reanim 2023; 51: 290-6) d'apporter des éléments de réponse, en particulier au bloc opératoire. Il y a 40 ans, les responsables de la sécurité aéronautique ont conclu que pour améliorer la sécurité du transport aérien il fallait travailler sur l'humain. Quinze années plus tard, le CRM¹ est devenu obligatoire. Il était devenu indispensable d'apprendre à faire travailler ensemble les PNT (pilotes) avec les PNC (hôtesses et stewards) mais également les autres composants de la compagnie (direction, opérations, maintenance, personnel au sol...). Bien entendu, ma culture aéronautique me sert

au quotidien. Par exemple je sais reconnaître des périodes de stress ou de tension et je suis conscient que ma performance peut en être altérée. Il en est de même en cas d'hypovigilance. Je favorise la communication sécurisée.

Pour prendre des décisions, je m'appuie sur l'avis des personnes qui travaillent avec moi. On voit bien que ça va bien au-delà que de réaliser une simple check-list !

J'utilise également l'équivalent du ORH² aéronautique, à savoir les aides-cognitives. Elles me permettent de structurer ma pensée, de diminuer mon stress et de limiter le risque d'oublier un élément d'une procédure. Il y aurait tant d'autres exemples... limiter les interruptions de tâche, répartir la charge de travail, travailler sur les mécanismes des erreurs en favorisant les retours d'expérience et en développant la culture juste et équitable.

Il existe des recommandations sur Facteurs Humains dans le domaine médical. L'association Facteurs Humains en Santé a travaillé en étroite collaboration avec la Société Française d'Anesthésie-Réanimation pour élaborer de telles recommandations (facteurs humains en situations critiques) en 2022. Depuis d'autres sociétés savantes s'intéressent à ces sujets (notamment la SFMU).

Notre ouvrage, co-dirigé avec le Dr François Jaulin (Facteurs Humains en Santé, éditions John-Libbey Eurotext), sorti en 2023 a regroupé plus de 60 personnes. Le but était de permettre de comprendre les notions élémentaires en matière de FOH. Il est indéniable que dans les années à venir, la question FOH prendra de

¹Crew Resource Management : management des ressources pendant les crises

² Quick Reference Handbook littéralement "manuel des références rapides" soit l'équivalent des aides cognitives

plus en plus d'espace dans le domaine de la santé. Nous avons voulu répondre à un certain nombre de professionnels qui cherchaient à mieux appréhender ces notions, rarement enseignées au cours des formations en santé, en offrant un ouvrage facile à lire avec une structure identique tout au long des différents chapitres.



Post avril 2024

Dans votre post d'avril 2024 sur les compétences non techniques pour améliorer la sécurité des soins vous concluez par « L'amélioration de la sécurité dans le domaine médical nécessite d'intégrer les compétences non techniques lors de la formation initiale et continue des études médicales et paramédicales. Le développement de la simulation médicale permet d'évaluer ces compétences. Il existe dans la littérature des études spécifiques sur cette thématique, aussi bien pour les chirurgiens que les anesthésistes (Flin R et al. Br J Anaesth 2010). Une prise de conscience collective et le déploiement de ces formations devraient favoriser l'intégration de ces éléments en pratique quotidienne, lors des tâches routinières, afin de permettre une réponse plus rapide et adaptée en situation d'urgence ou dégradée ».

Pensez-vous également, qu'outre ces éléments, le respect des conditions d'exercice conformes aux attendus des professionnels de santé sont essentielles pour la qualité et la sécurité des soins comme pour la qualité d'exercice des professionnels de santé ?

Il est important de noter que bon nombre de professionnels de santé, et en particulier les paramédicaux, ont des doutes quant au sens de leur métier. Le quotidien est finalement bien loin de ce qu'ils/elles ont appris durant leur formation. Il revient souvent le manque de temps pour s'occuper des patients, au profit des procédures, normes, de la paperasse.... Ceci est un facteur expliquant que bon nombre d'entre eux, préfèrent s'orienter vers d'autres métiers ou alors travailler de façon libérale ou en intérim. Ceci a pour conséquence une désorganisation des services et une augmentation de la charge de travail pour celles et ceux qui sont en poste. Ceci conduit à travailler dans un environnement où le stress prend de plus en plus de place, avec à terme une chronicisation de ce dernier et tous les risques qui vont avec.

Lorsqu'on évoque dans l'aéronautique les compétences non techniques, une de ces

dernières concernent le SOI ! Prendre en compte l'état physique et psychologique du professionnel fait partie intégrante des procédures mises en place par les grandes compagnies aériennes.

Par exemple, chaque jour sur la plateforme de Roissy Charles de Gaulles, plusieurs dizaines de PNT et PNC sont d'astreinte dans des chambres d'hôtels aux alentours, afin de permettre à la dernière minute de remplacer n'importe quel PNT ou PNC dans l'incapacité d'assurer sa tâche (que ce soit pour motif médical ou par respect du temps de travail maximal autorisé). On voit très bien le fossé qui existe encore entre l'aéronautique et le monde de la santé. Quand pourra-t-on envisager de tenir compte de la fatigue, du stress, des capacités attentionnelles des professionnels de santé ?

Pourtant, c'est une piste intéressante qui devrait être suivie. Des professionnels de santé qui arrivent dans leur service sans stress spécifique parce que l'environnement a mis en place des procédures basées sur les FOH, qui savent qu'ils peuvent (voire qu'ils sont encouragés) exprimer leur avis (et qu'il sera pris en compte), ont plus de chance de s'épanouir, présentent moins de risque de vouloir quitter le service et in fine, diminueront le risque d'avoir des événements indésirables graves pour leur patient.

C'est avec cet objectif, qu'un groupe de professionnel a été constitué par la Haute Autorité de Santé afin de travailler sur les moyens d'implémenter la formation des CNT aux professionnels de santé, qu'ils soient soignants et non soignants. Le document final est prévu pour fin 2025, début 2026.





Dans toutes les études récentes, la littérature est claire sur l'importance du temps de formation continue des soignants. Ce temps hors du soin permet au travers de la simulation, des réunions de service, des RETEX ou des RMM... d'analyser nos pratiques sur le plan des connaissances techniques ou scientifiques mais n'apporte-t-il pas d'autres compétences essentielles dans la gestion des relations humaines améliorant ainsi l'esprit et la dynamique d'équipe au service des malades mais également avec une rétroaction positive pour les soignants ?

Cet élément trop souvent négligé par le lean managment est-il pour vous un des leviers du bien-être des soignants qu'il conviendrait de développer ?

Absolument !

Depuis des décennies, la formation des professionnels de santé est la variable d'ajustement. Compte tenu des éléments rappelés plus haut, ce phénomène s'est aggravé ces dernières années. Compte tenu de la pénurie de certaines catégories professionnelles, il va de soi qu'entre respecter le planning, assurer les congés annuels et autres RTT, il est parfois difficile de libérer le personnel pour aller se former.

Dans ces conditions, comment envisager des changements dans la façon de travailler ?

C'est un cercle vicieux qui, à terme, risque d'aggraver le phénomène. Pourtant il existe des études qui ont montré par exemple que des services dans lesquels des infirmières de soins intensifs avaient bénéficié de formations de simulation médicale présentaient une diminution du stress, une diminution de l'absentéisme et du turnover de ces infirmières.



Le livre que vous avez écrit avec François Jaulin - « Facteurs humains en santé. Des clés pour améliorer la sécurité des patients...et la vôtre ! »³ est un recueil très didactique autour de cinq thématiques : concepts généraux, outils de la prévention et de la récupération, apprentissage et maintien des compétences humaines, organisation de la fiabilité puis les outils de l'atténuation après un accident.

Pourquoi avoir écrit ce livre ?

Je pense avoir abordé ce point un peu plus haut dans mes réponses.



Certains se sont étonnés que les VSS n'y soient pas abordées souhaitez-vous leur répondre ?

Ils ont raison. Il y a tellement de points qui restent à aborder que nous réfléchissons avec François à la suite de la première édition.



Comment vous est venu cette idée de produire pour chaque chapitre, des schémas et des tableaux très didactiques en rajoutant parfois même des histoires du quotidien qui illustrent très bien la thématique ? Quel était votre objectif ?

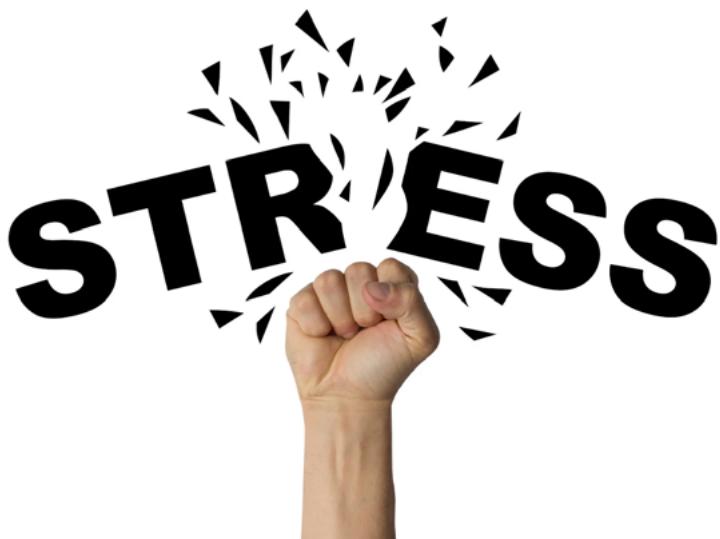
Partir d'une histoire vraie permet au lecteur bien souvent de se dire : « tiens, ça me rappelle une situation vécue ! ». C'était donc un moyen d'introduire le chapitre. On a décidé de présenter les éléments principaux pour comprendre le concept. Comme l'idée était de limiter le nombre de pages pour rester avec uniquement les notions de base, nous avons opté à chaque fois que nous pensions que c'était opportun par des illustrations et des schémas. Enfin, la partie avec les clés pour agir permettait de livrer quelques pistes pour améliorer la situation.



Le principe de l'atténuation après un accident est bien documenté. Pensez-vous essentiel de débriefer chaque incident, chaque accident et d'accompagner au plus près les personnels en cause ? Si oui quels sont pour vous les axes essentiels à déployer ?

Je trouve que le modèle du bow-tie explique bien ces notions. Mettre en place des outils

³ « Facteurs humains en santé. Des clés pour améliorer la sécurité des patients...et la vôtre ! », Régis Fuzier et François Jaulin, Arnette, Éditions John Libbey Eurotext, Arcueil, 362 p.



de prévention pour éviter de voir apparaître la conséquence d'une erreur (l'évènement indésirable grave - EIG) paraît primordial.

Cependant, la connaissance du fonctionnement humain permet de comprendre que ces systèmes de prévention ne peuvent pas fonctionner dans 100 % des cas. La liste des facteurs favorisant la survenue d'une conséquence des erreurs que nous commettons tous est très longue (interruption de tâche, mauvaise communication, stress, fatigue, mauvaise gestion de la répartition du temps de travail...).

Il est donc tout aussi primordial de mettre en place des outils d'atténuation. Tout d'abord pour le patient qui sera victime de l'EIG afin de limiter l'impact de ce dernier. Mais également pour le professionnel de santé qui est victime de cette erreur.

La question ne doit plus être : c'est qui qui a commis l'erreur ?

Il y a plus de 20 ans, j'ai injecté un mauvais médicament à une patiente, qui aurait pu être fatal. Par chance et grâce aux internes en formation, nous avons pu comprendre ce qui se passait en relisant le nom inscrit sur les seringues, que j'avais récupérées 10 minutes avant. Mon cerveau avait lu ce que je m'attendais à lire et pas ce qui était écrit. Je me souviens encore malgré le temps ce sentiment d'être seul, montré du doigt, voir d'avoir honte. Je peux comprendre que certains perdent totalement confiance en eux. Il aurait fallu en parler mais à qui ? Existe-t-il même aujourd'hui des structures qui permettent de recueillir de tels évènements ?

Des progrès ont été fait dans certains établissement avec la possibilité pour les professionnels de santé qui ont commis une erreur de déclencher la procédure de seconde victime. Ils peuvent trouver une écoute et ne restent pas seuls. Donc oui, il est indispensable

de pouvoir permettre des temps de débriefings après de tels évènements.

La question du moment opportun reste de mise (à chaud ? à distance ?). Idéalement il convient que les personnes qui participent à ces échanges soient formées au concept. On m'a rapporté le cas où le professionnel de santé qui a sollicité le psychologue dans le cadre du protocole de seconde victime dans un établissement de santé, suite à une erreur, a reçu comme réponse du psychologue : « le patient n'a eu aucune conséquence, je ne comprends pas pourquoi vousappelez » !



Avez-vous été sollicité, vous ou des membres de votre association pour construire le rapport sur la santé des professionnels de santé publié en octobre 2023 ? Auriez-vous des préconisations à apporter à la lecture de ce rapport ?

Je n'ai pas eu connaissance que des membres de l'association aient été sollicités. Il est clair que nous avons pris du retard sur la santé des professionnels de santé. Certes on a vu ça et là des initiatives (je pense notamment à la mise en place des procédures pour prévenir le stress post-traumatique dans le cadre des secondes victimes). Mais je pense qu'il faut aller plus loin et développer des procédures d'anticipation et de prévention sur différentes notions comme la fatigue, le stress, la dépression, le burnout, les dépendances...

Pour en savoir plus, consulter le site



Facteurs humains

NUMÉRO SPÉCIAL

Actu'APH

La revue d'Action Praticiens Hôpital



JUIN / 2025

APH VOUS DIT TOUT SUR LA PRÉVOYANCE



Numéro Prévoyance

LE GUIDE DE LA PRÉVOYANCE
DU PRATICIEN À L'HÔPITAL